UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 422

DES

INFECTIONS DES SEINS

ET PRINCIPALEMENT

DE LA GALACTOPHORITE

Observées à la Clinique d'accouchements de Toulouse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1901

PAR

P. LASAÏGUES

NOMS DES EXAMINATEURS { MM. CROUZAT, ✠ A, *Président.*
AUDEBERT
SOULIÉ } *Assesseurs*
CESTAN

TOULOUSE
IMPRIMERIE VIALELLE ET PERRY, RUE DU MAY, 1
1901

UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 422

DES

INFECTIONS DES SEINS

ET PRINCIPALEMENT

DE LA GALACTOPHORITE

Observées à la Clinique d'accouchements de Toulouse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1901

PAR

P. LASAÏGUES

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. CROUZAT, ✿ A, *Président.* — AUDEBERT, SOULIÉ, CESTAN, *Assesseurs*

TOULOUSE
IMPRIMERIE VIALELLE ET PERRY, RUE DU MAY, 1
—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	CAUBET, ✲, O I.
Assesseur		FREBAULT, O I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CHARPY, O I.
Histologie normale		TOURNEUX, O A.
Physiologie		ABELOUS, O A.
Anatomie pathologique		TAPIE, O I.
Pathologie et Thérapeutique générales		HERRMANN, O I.
Pathologie interne		ANDRÉ, ✲, O I.
Pathologie externe		PÉNIÈRES, O A.
Médecine opératoire		LABÉDA, O I.
Thérapeutique		SAINT-ANGE, O I.
Hygiène		GUIRAUD, O I.
Clinique médicale		CAUBET, ✲, O I.
		MOSSE, ✲, O A.
Clinique chirurgicale		JEANNEL, O I.
		CHALOT, O A.
Clinique obstétricale		CROUZAT, O A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY.
Clinique des maladies mentales		RÉMOND, O A.
Pharmacie		DUPUY, O I.
Chimie et Toxicologie		FRÉBAULT, O I.
Matière médicale		BRAEMER, O I.
Histoire naturelle		LAMIC, O A.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM.	SOULIÉ.
Physique		MARIE, O A.
Chimie		N.
Histoire naturelle		SUIS.
Médecine légale		GUILHEM.
Bactériologie		MOREL, O A.
Clinique des maladies des enfants		BÉZY, O A.
Clinique ophtalmologique		VIEUSSE, ✲.
Hydrologie		GARRIGOU, O I.
Pathologie expérimentale		MAUREL, ✲, O A.
Obstétrique aux sages-femmes		AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM.	MOREL, O A.
		RISPAL.
		FRENKEL.
Chirurgie		BAUBY.
		CESTAN.
Accouchements		AUDEBERT.
Anatomie et Histologie		SOULIE.
Physiologie		BARDIER, O A.
Chimie		N.
Physique		N
Pharmacie		N.
Secrétaire de la Faculté	M.	CHAUDRON, O I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A la mémoire de mon Père

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR E. CROUZAT

Professeur de Clinique obstétricale
Officier d'Académie, etc.

AVANT-PROPOS

Pendant près de deux années, nous avons suivi tous les cas d'infection mammaire qui se sont présentés à la clinique obstétricale de la Faculté de Médecine.

Il nous a paru intéressant de noter les faits principaux que nous avons observé. Nous avons entrepris ce travail sur les conseils de notre maître, M. le professeur Crouzat, et nous le présentons aujourd'hui à l'indulgence de nos juges.

La question de l'infection mammaire est si vaste, et les problèmes qu'elle soulève sont si nombreux que nous sommes certain de ne présenter qu'une étude fort incomplète.

Aussi devons-nous dire dès le début que nous nous sommes cantonné dans les faits que nous avons vu nous-même ; pensant d'ailleurs qu'ainsi seulement, nous pourrions éviter de dire à chaque page ce que d'autres ont écrit avant nous.

M. le professeur Crouzat a été pour nous d'une bonté extrême et qui ne s'est jamais démentie. C'est un devoir bien agréable pour nous de le remercier dès le début de notre travail et de l'assurer de toute notre reconnaissance.

Nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux n'ont jamais eu pour nous que des paroles encourageantes. MM. les Professeurs Caubet, Bézy, Chalot et Mossé, MM. les professeurs agrégés Cestan et Soulié sont ceux dont nous avons suivi plus spécialement les leçons pendant nos études. Nous les remercions de l'enseignement qu'ils nous ont donné.

Nous devons une mention spéciale à M. le professeur agrégé Audebert. Le premier, il nous a fait passer de la théorie aux difficultés de la pratique, en nous faisant faire sous sa direction une application de forceps.

Nous remercions M. le professeur Budin, M. le professeur agrégé Maygrier et M. le docteur Demelen d'avoir bien voulu, lors de la préparation de notre travail, nous aider de leurs conseils.

M. le docteur J. Payrau, chef de clinique, a été pour nous un ami toujours prêt à mettre à notre disposition sa science et son grand sens clinique.

MM. Dalous et Grimaud, internes des Hôpitaux, ont bien voulu, l'un, faire les analyses bactériologiques qui nous étaient nécessaires, l'autre, nous communiquer une observation importante.

Mademoiselle S. Sabathé, sage-femme en chef à la clinique obstétricale, a bien voulu nous aider, quand il a fallu relever les observations de notre thèse. Nous l'en remercions.

Et enfin à tous ceux qui de près ou de loin nous ont témoigné quelque intérêt durant nos études médicales, nous disons bien sincèrement : merci.

PLAN

Nous diviserons notre travail en trois chapitres.

Chapitre Premier. — Prophylaxie. Moyens pratiques de prévenir l'infection de la mamelle en protégeant soit les canaux galactophores, soit les gerçures et les crevasses que produit l'allaitement.

Chapitre Deuxième. — Diagnostic différentiel des affections mammaires. Modes divers de traitement. Remarques particulières sur la galactophorite et la lymphangite du sein.

Chapitre Troisième. — Allaitement et infection mammaire. Dans quels cas faut-il interdire l'allaitement ; et quand peut-on remettre l'enfant au sein après l'inflammation de la mamelle.

Observations.

Conclusions.

Bibliographie

CHAPITRE PREMIER

Prophylaxie de l'infection mammaire

Peut-on prévoir l'infection mammaire ? — Quelquefois. Il faudra surveiller plus étroitement les femmes porteuses d'un foyer de suppuration, quel qu'il soit, de celles qui sont en état de misère physiologique ; des primipares, surtout des très jeunes, et aussi des blondes et des rousses, qui s'infectent plus facilement que les brunes sans qu'on sache trop pourquoi.

Toute anomalie du côté des mamelons est une cause prédisposante dont on doit tenir grand compte. Les maladies microbiennes, quelles qu'elles soient, et surtout les infections puerpérales, peuvent retentir du côté des seins et en provoquer la suppuration.

Peut-on l'éviter ? — Très souvent, si on rend aseptiques les canaux galactophores et si on prévient les gerçures et les crevasses qui peuvent se produire pendant l'allaitement. Si les femmes enceintes étaient plus soigneuses d'elles-mêmes, si quelque temps avant l'accouchement elles pansaient antiseptiquement leurs seins et désin-

fectaient ainsi leurs canaux galactophores, l'infection mammaire deviendrait tout aussi rare que l'éclampsie chez les albuminuriques dont on a surveillé la grossesse. Voilà pourquoi, dans la classe aisée des villes, on n'observe presque jamais des faits de ce genre, parce que les femmes en général soigneuses d'elles-mêmes se mettent entre les mains d'un praticien qui surveille leur grossesse et leur indique les précautions hygiéniques à prendre du côté de leurs mamelles.

Voilà pourquoi aussi, si dans les services hospitaliers on ne voit presque plus de cas d'infection utérine, on est, en revanche, trop souvent obligé d'interrompre l'allaitement parce que les mères ont mal au sein.

L'utérus reste presque toujours aseptique ; s'il ne l'est plus, la sonde intra-utérine permet, après l'accouchement, de le débarrasser de tous les germes pathogènes qu'il contient. La glande mammaire ne se laisse pas désinfecter aussi vite et aussi facilement ; une propreté méticuleuse et des soins antiseptiques constants peuvent seuls détruire, dans les canaux galactophores, les microbes pyogènes qu'ils peuvent renfermer.

Aussi faudra-t-il toujours craindre des complications mammaires chez les femmes qui n'ont pas reçu, assez longtemps avant leur accouchement, les soins prophylactiques nécessaires ; et en particulier chez celles qui entrent d'urgence, parce qu'elles sont en travail, dans les services hospitaliers.

On ne pourra jamais avoir la certitude que cette

mamelle dont la montée laiteuse va faire un *locus minoris resistentiæ*, ne laissera pas pulluler tout à leur aise les germes infectieux qu'elle renferme déjà.

Et c'est ce qui se passe dans les services d'accouchements. Il suffit d'avoir vu une seule fois les malheureuses qu'on y admet pour être surpris de ce que peuvent, dans la grande majorité des cas, des soins prophylactiques hâtifs mais énergiques. Quels immenses services rendrait, à ce point de vue, l'hospitalisation précoce des femmes enceintes, qui a pu d'ailleurs donner de si heureux résultats pour l'albuminurie et la puériculture.

Il est hors de doute que les statistiques hospitalières signaleraient beaucoup moins de cas d'infection des mamelles si les hôpitaux admettaient les femmes pauvres enceintes bien avant les derniers quinze jours de la grossesse. Accouchement et suites de couches y gagneraient, et on verrait, dans les services de pédiatrie, beaucoup moins d'enfants devenus plus tard rachitiques parce qu'une galactophorite ou bien un abcès du sein ont rendu impossible un bon allaitement maternel.

Nous avons insisté sur l'infection causée par les canaux galactophores, d'abord parce qu'elle est encore trop fréquente, comme nous l'avons déjà vu, et de plus parce que de ces considérations découlent les indications thérapeutiques.

Une femme saine ne porte dans ses tissus aucun germe infectieux.

Il suffit donc de détruire par un antiseptique les

micro-organismes venus du dehors, qui se trouvent toujours dans les canaux galactophores, d'empêcher par un pansement occlusif que ceux-ci ne se contaminent de nouveau et de préparer les seins à résister aux traumatismes de l'allaitement pour s'entourer de toutes les précautions possibles.

La première antisepsie, la plus efficace, la plus commode, est l'hygiène et la propreté. On donnera à la femme enceinte des bains généraux aussi fréquents que possible, et on exigera une propreté minutieuse des mains et des ongles.

Les seins seront l'objet d'une sollicitude toute particulière, comme le dit Tarnier :

Les mamelles doivent être protégées contre le froid et surtout ne pas être comprimées. Chez les femmes qui veulent nourrir, il est bon de faire quelques lotions sur le bout des seins, soit avec de l'eau-de-vie, soit avec de la teinture d'arnica, afin de les endurcir et de prévenir ainsi les excoriations, les gerçures qui se produisent pendant l'allaitement. Lorsque les mamelons sont ombiliqués, on peut conseiller aux femmes de les rendre saillants par quelques titillations et quelques tiraillements faits avec le doigt, en leur recommandant de n'entreprendre ces manœuvres que dans le dernier mois de la grossesse ; des ventouses sont quelquefois appliquées dans ce but sur les mamelles, mais il faut proscrire cette pratique, car elle peut amener des irritations, des inflammations des seins, et même, par action réflexe, des contractions prématurées de l'utérus (1).

(1) Tarnier et Chantreuil. *Traité de l'art des accouchements*, 1888, tome I, page 579.

Parlant des moyens de remédier aux malformations du mamelon, M. Varnier conclut ainsi :

La plupart de ces moyens échouent, et ceux qui pourraient être efficaces sont considérés comme capables de provoquer des contractions utérines prématurées. Qu'on les emploie avant ou après l'accouchement, ils deviennent souvent par eux-mêmes cause de ce qu'ils prétendent empêcher, et j'ai vu plusieurs cas d'abcès du sein pendant la grossesse qui ne reconnaissaient pas d'autre origine (1).

A la clinique d'accouchements on est sobre des manœuvres auxquelles font allusion MM. Tarnier et Varnier parce qu'on redoute de les voir provoquer des contractions utérines prématurées. Mais quand pour une raison quelconque on essaye de former des bouts de seins, on n'observe jamais les abcès dont parle M. Varnier et qui, à notre avis, sont seulement imputables à un défaut d'antisepsie.

La propreté sert beaucoup, mais ne dispense pas de faire de l'antisepsie.

L'antiseptique dont on se sert de préférence à la clinique d'accouchements est le bichlorure de mercure. On oblige les femmes à laver deux fois par jour leurs seins avec une solution à 1/1000.

Il faut, disions-nous plus haut, associer à une antisepsie rigoureuse une prophylaxie parfaite. On empêche les seins de s'infecter en les recouvrant d'un pansement occlusif au coton hydrophile.

Nous avons vu dans la citation que nous en

(1) Varnier. *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, septembre 1891 (Gerçures, lymphangites et abcès du sein chez les nourrices).

avons faite, que Tarnier conseillait, sinon de former pour ainsi dire de force les bouts de seins à toutes les femmes, du moins de les préparer à l'allaitement dans la mesure du possible.

En effet, si la peau des mamelles est fragile, et si les mamelons ne sont pas suffisamment saillants et résistants, il est de règle d'observer des fissures et des crevasses causées par les tétées de l'enfant. Nous avons vu qu'on n'ose bien souvent pas faire tout son possible pour les prévenir, retenu qu'on est par la crainte d'un accouchement prématuré. Il faudra dans ce cas s'attendre à voir le sein s'ulcérer. Dans ce cas on évitera dans la mesure du possible l'infection par des procédés dont nous parlerons plus loin.

Dans tous les cas la meilleure conduite à tenir nous paraît résumée dans les pages suivantes.

Des gerçures, des crevasses plus ou moins profondes surviennent quelquefois sur les mamelons, et l'allaitement peut devenir très douloureux, difficile et même impossible. Ces gerçures, ces crevasses constituent, de plus, des portes ouvertes à l'infection ; si des matières septiques pénètrent, à leur niveau, dans les vaisseaux lymphatiques, il n'est pas rare de constater l'apparition de lymphangites superficielles ou profondes du sein, lymphangites caractérisées par du gonflement, de la douleur, une rougeur cutanée et un engorgement des ganglions axillaires. A ces lymphangites peuvent succéder plus ou moins rapidement des abcès du sein.

D'autres fois les matières septiques venant de la surface des gerçures et des crevasses ou même apportées directement du dehors, pénètrent dans l'intérieur des canaux galactophores dont ils déterminent l'inflammation (galac-

tophorites) ; cette inflammation suivant, les conduits, peut arriver jusqu'aux lobules (galactophoro-mastite) et déterminer ainsi la formation d'abcès du sein.

Diverses conditions favorisent la production des gerçures et des crevasses. Souvent on remarque que le mamelon à la fin de la grossesse est recouvert par une pellicule grisâtre, formée par une couche de colostrum desséché. Si on enlève cette petite croûte, on voit qu'au dessous d'elle l'épiderme est très fragile ; après quelques succions, il se rompt, le derme est à nu, des crevasses existent. Pour éviter cet accident, il faut, pendant les derniers temps de la gestation, faire pratiquer la toilette du sein ; on le lave d'abord avec de l'eau tiède, puis avec une solution alcoolisée au tiers, composée par conséquent en mettant une cuillerée d'alcool à 90° dans deux cuillerées d'eau : l'épithélium devient alors plus résistant et il y a moins de tendance à l'ulcération.

Au moment de l'allaitement, il faut prendre une autre précaution : on évite de laisser l'enfant trop longtemps au sein, sans cela le mamelon macère dans sa bouche, les tissus se ramollissent, des crevasses apparaissent. La tétée ne devra pas durer plus de dix à douze minutes. On lavera ensuite le bout du sein avec soin, soit avec de l'eau simple, soit, ce qui vaut mieux, avec la solution de sublimé.

Si, ces précautions n'ayant pas été prises, des gerçures, des crevasses, des ulcérations surviennent, l'allaitement est pénible ; parfois même l'enfant avale en tétant une certaine quantité de sang et ses garde-robes sont noires. Bien des traitements ont été conseillés pour la guérison des crevasses : le moyen le plus simple peut-être et non le moins efficace, consiste dans l'application sur le bout du sein pendant quelques jours de compresses trempées dans de l'eau alcoolisée et recouvertes d'un petit morceau de taffetas gommé (1).

(1) Budin et Grouzat. *La pratique des accouchements*, seconde édition, 1898. O. Doin, page 531 à 533.

C'est l'allaitement qui produit les gerçures et les crevasses, c'est l'allaitement qui en fait le danger, parce qu'il les expose plusieurs fois par jour à s'infecter en les mettant en contact avec la bouche de l'enfant qui est un milieu septique.

Aussi, on ne saurait trop apprendre aux femmes enceintes qu'elles doivent fortifier leur tégument mammaire par des frictions répétées soit à l'alcool, soit avec toute autre substance.

Malgré tous les traitements prophylactiques dont nous venons de parler, on verra, avons-nous dit, certaines femmes, particulièrement les primipares, présenter dès les premiers jours de l'allaitement des fissures et des crevasses.

On devra, dans ce cas, redoubler de soins antiseptiques et faire tout son possible pour obtenir une cicatrisation rapide. Nombreux sont les topiques que l'on a proposés dans ce but. Parmi les plus usuels et qui semblent avoir donné les meilleurs résultats, nous citerons les formules suivantes :

Lepage...	Glycérine	250 gr.
	Eau stérilisée	225 gr.
	Alcool.....	25 gr.
	Biiodure de mercure	0,05 à 0,10 cent.
	Iodure de potassium.....	q. s. p^r dissoudre

Marfan....	Eau de roses	40 gr.
	Glycérine.....	20 gr.
	Borate de soude ....?	8 gr.
	Teinture de benjoin.....	12 gr.

Ochren . . .	Ichtyol	4 gr.
	Lanoline	aa 5 gr.
	Glycerine	
	Huile d'olives	1 gr.

Appliquez avec un pinceau stérilisé.

Vinay	Vaseline	20 gr.
	Aristol	4 gr.
Soarff	Baume du Pérou	aa 2 gr.
	Teinture d'arnica	
	Huile d'amandes douces	30 gr.
	Eau de chaux	15 gr.
Unna	Sucre blanc	parties égales
	Oxyde de zinc	
	Mucilage de gomme arabique	
	Glycerine	

A la clinique obstétricale, on traite les gerçures et les crevasses par les antiseptiques : sublimé, iodoforme, glycérine et alcool. La bouche de l'enfant est soigneusement lavée à l'eau boriquée avant et après chaque tétée. On lave ensuite soigneusement le mamelon avec un liquide antiseptique et on enveloppe les seins d'un pansement occlusif au coton hydrophile.

M. le Dr Maygrier a préconisé les pansements à l'orthoforme. Ce corps a l'avantage de faire une antisepsie très suffisante, et de plus, avantage immense, il produit l'analgésie des plaies et permet ainsi à la mère d'allaiter son enfant sans en souffrir. Or, on sait combien sont parfois douloureuses, pendant les tétées, les gerçures et les crevasses. La douleur est souvent assez intense

pour procurer aux femmes un invincible dégoût de l'allaitement maternel et a même été parfois le point de départ de crises nerveuses qui ont altéré l'état général de la mère et tari la sécrétion lactée.

On emploie l'orthoforme en dissolution dans l'alcool ou l'huile d'amandes douces.

Les deux formules suivantes sont bonnes :

Orthoforme	1
Alcool	60
Orthoforme	2 gr.
Huile d'A. D.	20

On imprègne, avec la solution, une rondelle de gaze boriquée et on l'applique sur les gerçures, cinq minutes environ avant la tétée. L'analgésie est au bout de ce temps assez intense, pour que la mère puisse donner sans douleur appréciable le sein à son enfant et se laisse refaire le pansement occlusif sans redouter ces soins.

Il est un autre mode de traitement des gerçures et crevasses qui mérite de nous arrêter un instant. Nous voulons parler du stérésol. C'est M. le professeur agrégé Audebert qui a préconisé son emploi pour le genre d'affection qui nous occupe (1).

Le stérésol est un vernis antiseptique ; sa formule est la suivante :

(1) Audebert. *Arch. de Tocologie, 1895.*

Berlioz....

Gomme laque purifiée et entièrement soluble dans l'alcool.....	270 gr.
Benjoin purifié et soluble entièrement dans l'alcool	10 gr.
Baume de Tolu	10 gr.
Acide phénique cristallisé.....	100 gr.
Essence de canelle de Chine.....	aa 6 gr.
Saccharine...	
Alcool à 90° : q. s. pour faire 1 litre.	

On recouvre ainsi les crevasses d'un vernis souple et antiseptique. Ce genre de pansement par les vernis médicamenteux est très en honneur depuis les travaux de Unna. Unna a proposé de nombreuses formules dont on se trouve très bien pour le traitement d'eczémas ou autres affections similaires, quand elles siègent sur les parties découvertes du corps, ou quand, pour une raison quelconque, le malade ne peut porter un pansement volumineux.

Ce n'est pas cette considération qui nous fait citer le stérésol, mais plutôt sa grande commodité d'emploi.

Si on se décide à s'en servir, on devra continuer avec peut-être plus de soin l'antisepsie qui sera toujours la base d'un traitement rationnel des gerçures du mamelon. Avant d'appliquer le stérésol, on fera une antisepsie rigoureuse de la région pour être aussi certain que possible que l'on ne va pas enfermer sous le vernis protecteur, dans les anfractuosités de la crevasse, des micro-organismes pathogènes. Et quand l'enfant aura tété sa mère

ne se figurera pas que nécessairement les plaies n'ont pas été contaminées. Les vernis les plus souples sont exposés à se fendiller, surtout quand ils recouvrent un organe comme la mamelle, sur laquelle l'enfant en tétant, opère des tractions continuelles. Ils permettent ainsi aux microbes pathogènes d'aller infecter la plaie qu'ils laissent ouverte, alors qu'ils semblent la protéger toujours.

Si l'on ne prenait bien garde à cette dernière remarque, le stérésol pourrait aller à l'encontre de ce qu'il veut produire et deviendrait dangereux, parce qu'il procurerait une sécurité trompeuse.

Manié avec les précautions que nous venons d'indiquer, le stérésol est un produit des plus recommandables.

Quel que soit le mode de traitement de la gerçure, on aura soin que le pansement au coton hydrophile, qui devra toujours suivre, soit assez épais pour éviter aux mamelles le plus léger traumatisme. L'enfant en les tétant retarde la cicatrisation, aussi faut-il que, dans l'intervalle des tétées, on mette les mamelles dans les meilleures conditions possibles de repos, donc de guérison rapide.

Il y a bien d'autres modes de traitements. Nous avons voulu citer ceux-là seuls que nous avons vu faire leurs preuves, ou dont nos maitres se sont bien trouvés dans leur pratique. Ils sont d'ailleurs à notre avis assez nombreux pour former un ensemble thérapeutique raisonnable.

Armé de ces divers modes de traitement, on aura bien des chances pour espérer que la mère

pourra continuer à nourrir son enfant sans courir trop de risques d'infection, tant que son mamelon restera vulnérable. A Toulouse, nous observons relativement peu d'échecs survenus chez des femmes reçues à la clinique depuis quelques jours, car, convaincu que la majorité des cas d'infection des seins est due aux contacts des doigts malpropres de la mère, soit quand elle prend le mamelon pour le mettre entre les lèvres de l'enfant, soit quand elle l'exprime pour faire couler plus abondamment le lait dans la bouche de son nourrisson, M. Crouzat insiste pour que dans son service toutes les femmes accouchées aient les ongles taillés courts, et fassent chaque matin au moins une toilette attentive de leurs mains, suivie de lavage avec la solution de subliém à $\frac{1}{1000}$.

Mais il faut bien savoir que le mal est vite fait, et qu'une fois l'infection de la gerçure produite il est bien rare qu'on n'observe pas une lymphangite consécutive. Pour peu que l'enfant ait du coryza ou de la conjonctivite, ou bien encore pour peu que l'on oublie de désinfecter soigneusement sa bouche après chaque tétée, à plus forte raison s'il a de l'ophtalmie purulente ou une suppuration quelconque sur le corps; si par un hasard rendu très possible par les contacts multiples qui surviennent fatalement entre la mère et le nourrisson un germe septique vient à toucher la plaie ouverte, trop souvent le mal est fait.

Tout contact septique de la part de l'enfant infec-

tera en effet plus sûrement la mamelle, si au lieu de se produire au niveau des canaux galactophores, il se fait au niveau des crevasses du sein. En tétant sa mère l'enfant aseptise mécaniquement le canal galactophore en balayant les germes qu'il contient, par le lait qu'il aspire pour se nourrir. Si la bouche, pour prendre un exemple, a apporté des microbes pathogènes, dans bien des cas l'allaitement maternel les fera disparaître aussi facilement qu'il les avait apportés. Au contraire, la succion qu'opère l'enfant ne sera jamais profitable aux crevasses et autres affections de même nature. Elle tend toujours à les agrandir, et ne provoquant en elles aucun écoulement de liquide, elle ne pourra pas entraîner les microbes pathogènes.

Un auteur a comparé la galactophorite à la blennorrhagie de l'urèthre. Rien n'est plus exact à notre avis, et poussant plus loin encore la comparaison, nous ferons remarquer que si l'on admet que beaucoup de blennorrhagies avortent de ce fait que le jet d'urine peut entraîner les gonocoques qui se sont introduits dans les voies génito-urinaires, nous ne voyons pas pourquoi on refuserait à la succion du lait le rôle curatif que l'on accorde à la miction.

Dans cet ordre d'idées, nous citons l'observation d'une femme qui fit tout à coup une température de 39° 1. Son enfant baissa rapidement pendant 4 à 5 jours, alors qu'il s'élevait antérieurement très bien, et avait même repris en 2 jours son poids de naissance. Puis tout rentra dans l'ordre.

Il est d'ailleurs d'observation courante, que toutes choses paraissant normales du côté de la mère et de l'enfant, chaque fois que le poids de ce dernier baisse, on observe concurremment chez la mère une élévation plus ou moins grande de la température.

Certains cas de montée laiteuse s'accompagnent d'une fièvre assez intense et qui persiste quelque temps après l'apparition du lait. Puis tout disparaît peu à peu. L'enfant en tétant sa mère ne la débarrasserait-il pas des micro-organismes virulents qui étaient contenus dans les canaux galactophores? Aurait-on de la répugnance à admettre qu'au moment de la montée laiteuse, la mamelle d'une femme dont les canaux galactophores renferment des micro-organismes pathogènes constitue un milieu de culture favorable? Mais si l'état général est assez bon pour permettre à la glande mammaire de résister suffisamment à cette pullulation, le lait aurait le temps d'être sécrété avant qu'il se produise d'accidents graves, et les tétées de l'enfant feraient elles-mêmes une sorte d'expression à la fois préventive et curative.

Nous parlions, un jour, de l'infection mammaire avec le Dr Poux, ancien chef de clinique à la Faculté. A ce sujet, il nous disait que pendant l'allaitement il était d'avis que bien des diarrhées et de baisses de poids fugaces, pouvaient bien venir de ce que le nourrisson a absorbé avec le lait des bactéries qui auraient pu causer une galacto-

phorite ou un abcès de la mamelle. Ainsi l'enfant guérirait sa mère en se faisant un mal relatif.

Nous savons que la discussion pour et contre serait facile à ce sujet, comme d'ailleurs chaque fois que l'on a à discuter l'étiologie d'une maladie infectieuse.

On pourrait nous objecter que les galactophorites seraient peut-être moins fréquentes s'il en était ainsi; et il serait toujours possible de répondre que si ce mode spontané de guérison n'existait pas, nous en observerions encore bien davantage, étant donnée la facilité de contagion par des canaux toujours ouverts et si souvent en contact avec la bouche de l'enfant, les vêtements de la mère, etc., etc. La blennorrhagie existe bien, et elle est fréquente, bien que l'écoulement de l'urine en prévienne indéniablement beaucoup.

Nous pensons quant à nous que ce mode de guérison spontané existe pour la mamelle. Quand l'utérus va cliniquement bien, pourquoi la femme ferait-elle de la température; l'enfant baisserait-il de poids et présenterait-il des symptômes d'intoxication, si ce n'étaient pas les seins qui lui fourniraient une nourriture pathogène?

Nous avons pris comme exemple une mamelle en état de montée laiteuse; mais tout ce que nous venons d'avancer à ce sujet s'applique tout aussi bien à une mamelle en état de lactation. Dans ce cas aussi, une cause quelconque apporte des microbes au niveau des canaux galactophores. La conséquence en est une élévation de la tempéra-

ture ; la tétée de l'enfant entraîne les microbes virulents et tout rentre dans l'ordre du côté de la mère. Ces cas sont analogues aux précédents, sinon dans leur étiologie intime, du moins dans leurs conséquences cliniques. Nous n'insisterons pas davantage à ce sujet.

L'enfant présenterait les mêmes symptômes que ceux que nous avons précédemment signalés.

Nous dirons simplement quelques mots sur l'infection des mamelles par la voie sanguine. Tous les auteurs admettent que chez les femmes atteintes de pyohémie puerpérale ou d'autres maladies infectieuses suraiguës, les micro-organismes transportés par le sang peuvent s'arrêter dans les mamelles, y coloniser et y former des abcès métastatiques (Delbet).

Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet.

Dans les cas de cette nature, les seuls indiscutables, la galactophorite ou l'abcès mammaire, deviennent aux yeux du clinicien de simples épisodes d'une maladie essentiellement grave. Ce n'est plus l'accoucheur seul qui observe ces cas, ils relèvent peut-être davantage de la médecine pure, qui trop souvent assiste impuissante à l'évolution de la maladie et qui dans les cas heureux « a aidé la nature ».

Les maladies microbiennes chroniques peuvent causer des abcès du sein. Nous ne saurions convenablement discuter cette question, parce que la clinique d'accouchements ne possédant pas un

service d'isolement, il est très rare qu'on y admette des femmes enceintes malades.

Nous dirons seulement que nous avons observé quelques cas de tuberculose pulmonaire chez des femmes enceintes. L'une d'entr'elles eut une galactophorite au sein droit; mais l'analyse bactériologique du pus mélangé au lait n'a pu déceler la présence du bacille de Koch. Nous nous garderions de tirer une conclusion quelconque de ce fait isolé.

Un dernier point nous paraît intéressant à étudier. La thérapeutique médicamenteuse peut-elle prévenir l'infection mammaire et la combattre si elle est déclarée?

Nous avons comparé plus haut l'Infection mammaire quand elle est produite par les canaux galactophores à l'uréthrite gonococcique.

Or le traitement de cette affection consiste dans certains cas à rendre aseptique l'urine. Pour cela faire on prescrit au malade des balsamiques qui, étant éliminés par le rein, font une antisepsie relative des voies urinaires.

Certains médicaments pourraient-ils, sans inconvénient pour la mère et pour l'enfant, rendre les mêmes services dans les maladies infectieuses des seins? Nous nous garderons de conclure sur une question de cette importance, les classiques n'étant pas même d'accord sur le mode d'élimination des médicaments actifs, par la voie mammaire. Mais à ce sujet nous avons fait la remarque suivante.

Pour la préparation de notre travail nous avons consulté les registres d'observations de la clinique obstétricale depuis sa fondation, et nous avons été frappé par ce fait, qui n'est peut-être qu'une simple coïncidence, qu'aucune des femmes qui ont été reconnues et soignées comme syphilitiques, n'a présenté ni galactophorite ni abcès du sein. Nous avons trop peu de cas (50 environ en 10 ans), pour tirer de cette constatation aucune conclusion si hasardée soit-elle. Le mercure, en s'éliminant par le lait, produirait-il l'antisepsie interne de la mamelle? Nous nous contentons de poser la question.

Quelles conséquenses convient-il de tirer de ces faits?

D'abord qu'on peut dans certains cas prévoir l'infection mammaire.

Que les portes d'entrée les plus fréquentes de l'infection sont les canaux galactophores, les gerçures et les crevasses.

On évite l'infection par les canaux galactophores en les désinfectant longtemps avant l'accouchement, et on se souviendra que, dans certains cas, l'enfant pourra guérir, à son préjudice, une mamelle malade.

On devra considérer les gerçures, fissures et crevasses, comme très dangereuses au point de vue de l'infection des seins. On les combattra autant que faire se peut dans leurs diverses manifestations.

CHAPITRE II

Diagnostic différentiel et traitement des diverses infections mammaires.

Nous ne parlerons que des infections aiguës : galactophorite, lymphangite superficielle, lymphangite profonde et abcès chauds de la mamelle.

Certains auteurs ont longuement discuté les signes cliniques qui permettraient, disent-ils, de porter un diagnostic précoce de ces diverses affections inflammatoires. S'il est très intéressant de lire ce qui a été écrit à ce sujet, on ne retirera peut-être pas d'une telle étude des idées directrices, celles dont à tout instant on a besoin pour faire un praticien. Chaque malade réagit en effet, au début de toutes ces affections, d'une manière différente.

Ainsi une femme nerveuse ferait croire, là où il n'y a qu'une simple galactophorite, à un abcès des plus douloureux. Telle autre au contraire, d'une nature et d'un esprit plus calmes, laissera le mal augmenter dans sa glande, et ne se plaindra que porteuse d'un abcès justiciable non plus d'une

simple expression, mais seulement du bistouri. Nous n'insisterons donc pas davantage sur ce point.

Nous parlerons en premier lieu de la galactophorite.

Il est facile, disent la plupart des auteurs, de diagnostiquer une galactophorite.

M. Cataliotti indique, comme principaux symtômes, la douleur mammaire et une élévation notable de la température accompagnée de frissons.

M. Delbet est à peu de chose près du même avis. Il parle de fièvre accompagnée de frissons, et de vive douleur mammaire comme symptômes principaux.

M. René de Cotrel, dans l'*Union médicale du Canada,* admet pour certains cas la description précédente. Mais il a vu des galactophorites qui s'annonçaient seulement, par une baisse brusque et considérable du poids du nourrisson. Le sein devient ensuite le siège d'une douleur sourde, et laisse à l'expression couler du pus mélangé au lait.

M. le docteur Maygrier

Note le début insidieux de la galactophorite: le frisson manque souvent : la température monte par à-coup ; la douleur, quelquefois spontanée, est surtout réveillée à la pression. Au bout de quelques jours, quelquefois très rapidement, les symptômes s'amendent et la femme guérit sans autre accident. (1)

(1) Neufeld. *Contribution à l'étude clinique et bactériologique de la galactophorite*. Thèse de Paris, 1901.

C'est cette idée qui est soutenue par l'auteur de la thèse précitée.

M. le professeur Budin avait donné de la galactophorite la description suivante :

Les symptômes qui accompagnent la galactophorite sont, lorsqu'elle est intense, ceux de toute inflammation aiguë. La nouvelle accouchée éprouve un malaise général, il y a quelquefois un frisson plus ou moins marqué. Le pouls devient rapide, la température s'élève. Localement, le sein est douloureux, soit spontanément, soit à la pression, et le plus souvent il y a des crevasses du mamelon. En appuyant sur la mamelle, on constate de la chaleur, et parfois des noyaux d'induration plus ou moins volumineux. Il n'existe pas de rougeur de la peau, semblable à celle de la lymphangite superficielle ; les ganglions de l'aisselle ne sont pas engorgés (1).

Dans le tome IV du *Traité de l'art des Accouchements*, publié sous la direction de ce maître, il est dit :

Le début de la galactophorite est généralement insidieux, et les symptômes sont parfois si peu marqués que c'est par hasard qu'on découvre l'issue du pus par le mamelon. C'est ordinairement du cinquième au douzième jour, que se montrent les premiers signes. Il se produit d'abord dans le sein une douleur dont les caractères sont très variables. Habituellement modérée, elle peut acquérir une acuité très vive, surtout à l'occasion des mouvements de succion du nouveau-né. En même temps, survient une élévation de température, qui s'accompagne quelquefois de frissons, de céphalalgie, et de signes généraux peu importants. Le thermomètre monte à 37°8, 38°, 38°5, quelquefois 39°, rarement au dessus. Quand la température

(1) P. Budin *Leçons de clinique obstétricale*, 1899, p. 449.

atteint 40°, c'est qu'il existe en même temps de la lymphangite.

En examinant le sein, on voit qu'il est volumineux et tendu. La glande a conservé sa forme normale, excepté dans certains cas où l'on peut voir une ou plusieurs saillies qui sont constituées par les lobules atteints par l'infection. La peau ne présente rien de particulier, sauf quand il y a coexistance de lymphangite. A la palpation, le sein est douloureux, surtout au niveau des points enflammés (1).

A Toulouse, nous avons observé les faits suivants : Nous ne connaissons pas de femme chez qui la galactophorite ait été une trouvaille de l'examen et de l'interrogatoire systématiques auxquels deux fois par jour on soumet les accouchées du service. Les unes, et c'est le plus grand nombre, ont eu une fièvre vive, de la céphalée et un frisson très intense ; d'autres ont ressenti une courbature et une sensation de fatigue très pénibles. Assez souvent on observe de l'anorexie ; et deux fois en quatre mois deux femmes ont eu des nausées et des vomissements alimentaires en même temps qu'une galactophorite apparaissait.

Nous avons remarqué qu'il n'y a habituellement aucun rapport entre la gravité de l'affection et les symptômes qui l'annoncent.

Dans l'observation d'une femme chez laquelle l'expression retira en une seule fois trois cuillerées à soupe de pus, et qu'il fallut surveiller avec grand soin pour éviter la formation d'un abcès,

(1) S. Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*. Tome IV, page 709.

nous avons vu la galactophorite s'annoncer par un frisson très léger et une céphalée passagère.

D'autres au contraire se plaignent beaucoup et accusent de grandes souffrances ; alors que leur sein guérit très bien par la suite.

La galactophorite s'accompagne parfois de douleurs accessoires de nature très variable. L'une des femmes, que nous avons pu observer, se plaignait d'élancements qui partaient du sein malade et s'irradiaient jusqu'au creux axillaire. Dans un cas nous avons observé une douleur intense le long du bras et à l'articulation du coude du même côté que la mamelle atteinte d'inflammation.

Toutes ces douleurs de siège et d'effets si variables, peuvent s'expliquer, soit par des névrites passagères qui apparaissent à l'occasion de l'inflammation mammaire et guérissent avec elle, soit par des névralgies *sine materia* que l'état général mauvais fait apparaître ou bien laisse se réveiller.

Les signes que nous avons presque toujours observés sont le frisson, la douleur mammaire et l'élévation de la température.

Le frisson est presque toujours unique. Il peut être très court et très intense ; le plus souvent il dure entre trois ou quatre minutes. Si on vient, à ce moment-là, à passer dans une salle où débute une infection mammaire, on trouve la femme blottie sous ses couvertures et ne parvenant pas à se réchauffer.

La malade, qui dès lors s'écoute peut-être un

peu plus que d'habitude, ne tarde pas à s'apercevoir que l'un de ses seins, parfois les deux, sont brusquement devenus douloureux C'est de cela qu'elle se plaint le plus souvent, à la visite, si quelques heures se sont écoulées depuis le frisson du début. Si on se hâte d'examiner sa malade, on oubliera de l'interroger en lui donnant les soins nécessaires. A Toulouse, depuis que nous faisions ce travail sur les infections mammaires, l'attention du personnel médical s'est spécialement portée de ce côté. Nous interrogions avec soin les femmes, et à deux exceptions près, nous avons toujours retrouvé le frisson initial, quand pour une cause quelconque, nous ne l'avions pas constaté « de visu. »

La douleur mammaire est un signe d'une très grande valeur. Elle est tantôt sourde, tantôt lancinante et très pénible pour la malade qui se croit gravement atteinte. Elle manque parfois, disent certains auteurs. C'est vrai, mais des cas de ce genre sont très rares. On nous en a rapporté, mais nous n'en avons jamais nous-même observé d'exemples.

Il est vrai que nous avons vu des femmes qui, ayant eu fièvre et frissons, n'accusaient sous le pansement que toutes portent au niveau des seins, aucune douleur mammaire. Mais il était facile de provoquer cette douleur, qui se cachait pour ainsi dire. La palpation de la glande décèle les lobules atteints par l'inflammation. Leur dureté, leur consistance ferme et rugueuse contrastent vigoureusement avec la mollesse souple, du parenchyme

sain qui les enveloppe. Si l'on venait à presser un de ces points indurés, la douleur apparaissait très vive et ne cédait qu'à l'expression.

Pour résumer notre idée en deux mots, nous dirons que si la douleur spontanée manque dans certains cas assez rares d'ailleurs à Toulouse, nous n'avons jamais vu la palpation de la glande, ne pas provoquer les plaintes de la malade.

La courbe de température fournit aussi un élément précieux pour le diagnostic.

M. le professeur Budin, et avec lui le Dr Maygrier, M. René de Cotrel et Mlle Neufeld, admettent deux courbes de température, correspondant aux deux formes cliniques qu'ils décrivent de la galactophorite. Dans un cas, la température monterait brusquement et retomberait très vite à la normale. Dans l'autre, elle s'élèverait par degrés et descendrait en lysis.

Nous lisons dans la légende d'une courbe de température, observée dans un cas de galactophorite pure :

Dans ce cas, la galactophorite possède son aspect le plus typique. On y voit, en effet, la montée progressive, la température oscillant pendant plusieurs jours entre 37° et 38°, puis la phase des oscillations irrégulières, l'athermie de deux jours traduisant la cessation momentanée du pus, enfin la seconde poussée si fréquente dans cette affection. (Neufeld, page 45, *loc. cit.*)

M. le Dr Poux écrit au sujet de la température dans la galactophorite :

La nourrice est prise tout à coup d'un frisson intense, frisson apparaissant en pleine santé et correspondant à une ascension brusque de la température, qui peut s'élever jusqu'à 40° et 41° ; le pouls est plein, fréquent, et la malade accuse un point douloureux au niveau du sein.

D'autres fois la malade se plaint de malaise, de fatigue, d'inappétence, de sensation de froid, parfois même de véritables petits frissons suivis de bouffées de chaleur. La nuit elle ne dort pas ou dort mal et elle ressent une tension douloureuse du côté du sein atteint. Le thermomètre monte à 38° ou 38°,5 et se maintient pendant plusieurs jours à cette température.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits, mis surtout en relief par M. Boissard, la galactophorite existe pendant plusieurs jours sans fièvre ni réaction, la fièvre n'apparaissant que tardivement ; et cependant le nourrisson tète du pus et se trouve fort mal de ce régime, tellement mal, que parfois il peut succomber. Le diagnostic devra donc se baser sur cette souffrance même du nourrisson, se produisant sans cause appréciable (1).

Nous venons de faire cette longue citation, pour montrer qu'il y a un accord unanime au sujet des différences observées dans les courbes de température. De l'ascension et la chute brusque, à la montée lente et la descente en lysis prononcé, on observe tous les intermédiaires.

Il n'en a pas toujours été de même à la clinique obstétricale de Toulouse.

En premier lieu, nous n'avons pas observé de

(1) Dr Poux. « De la Galactophorite et de son traitement par le massage et l'expression du sein. » (*Le Languedoc médico-chirurgical*, n° 4, p. 53, 25 février 1901.)

ces galactophorites indolores dont parle le Dr Poux avec M. Boissard ; et par conséquent nous n'avons pas observé de ces cas d'enfants tués ou dans tous les cas gravement atteints, par la galactophorite de leur mère.

Nous attribuons ce fait à l'examen systématique que nous faisons de nos accouchées, et en particulier de leurs seins.

Nous n'avons pas eu, à Toulouse, l'occasion d'examiner de grandes nerveuses atteintes de galactophorite. Mais il n'y aurait rien de surprenant à ce que l'hystérie qui arrive chez certaines femmes à produire des zones d'anesthésie très étendues, puisse dans certains cas rendre quelque temps indolores les suppurations de la mamelle, qui passeraient ainsi inaperçues et causeraient l'intoxication du nouveau-né.

Mais ce que nous disons là n'est q'une simple hypothèse. Nous n'avons aucun fait pour la soutenir.

Par contre les cas de galactophorite, ou la femme est prise en pleine santé d'une ascension thermique très rapide et très élevée, ont été très fréquents à la clinique d'accouchements. Nous n'avons, il est vrai, observé 40° qu'une seule fois ; aussi sommes-nous à ce propos complètement de l'avis du professeur Budin, qui veut qu'au delà de 40° il n'y ait plus galactophorite purement et simplement, mais association de galactophorite et de lymphangite.

Le type intermédiaire ne s'est présenté qu'assez

rarement. Nous avons dû compulser les registres de la clinique obstétricale pour citer aux observations des courbes de ce type.

Avant de quitter la galactophorite, nous parlerons d'une affection qui, au point de vue étiologique, nous paraît avoir de très grandes analogies.

Nous citons aux observations le cas de deux femmes, qui présentèrent de la fièvre et un frisson, des céphalées et des douleurs mammaires. On crut à une galactophorite, on fit l'expression, et on ne retira que du lait. L'enfant continua de téter sa mère, il diminua de poids, ainsi qu'on peut s'en rendre compte, mais ne présenta aucun accident sérieux. Puis assez rapidement, la mère n'eut plus de fièvre et l'enfant recommença à augmenter. Ce n'est pas là, à notre avis, un cas simple de montée laiteuse ; elle était très probablement associée à un début d'infection mammaire, puisque le lait a été nuisible, dans une certaine mesure, à l'enfant.

La fièvre de la montée laiteuse n'est pas niable, même en dehors de toute infection. Il suffit, pour la voir apparaître, d'avoir affaire à une femme un peu nerveuse, donc exposée à réagir fortement. Mais dans ces cas, on n'observe aucun trouble du côté de l'enfant ; le lait qu'il tète par la suite ne lui cause aucun dommage ; et on remarque une notable amélioration du côté de la mère, chaque fois que l'enfant a vidé ses seins.

Les faits que nous citons ne paraissent pas pouvoir rentrer dans ce cadre. L'enfant qui est, si on peut s'exprimer ainsi, le meilleur réactif que

l'on puisse trouver, pour connaître cliniquement la toxicité ou la non toxicité du lait, s'est mal trouvé de l'allaitement maternel.

Connaissant d'autre part des exemples d'enfants infectés dans les cas de galactophorite méconnus, on peut se demander si la légère intoxication observée ne proviendrait pas de ce que le lait commençait à devenir virulent dans la mamelle en début d'infection. En le tétant, l'enfant l'aurait entraîné, et avec lui les microbes pathogènes, et aurait ainsi guéri sa mère, non d'une simple fièvre de la montée du lait, mais bien d'un début d'infection mammaire. Nous ferons remarquer à ce propos que la courbe de la fièvre pouvait faire croire, et a fait croire en effet, à un début de galactophorite.

Nous parlerons brièvement du diagnostic des lymphagites superficielles ou profondes.

« La lymphangite débute par une douleur cuisante du côté de la région mammaire. En même temps la température s'élève brusquement à 39° ou 40°, et le pouls devient très fréquent. Si l'on examine le sein, on peut constater la présence de traînées rouges qui siègent le plus souvent à la région externe de la glande.

La peau est chaude et douloureuse à ce niveau. Le creux de l'aisselle est sensible à la pression, et l'on y trouve quelques ganglions engorgés et douloureux.

« Quand la lymphangite est profonde, on ne constate pas de rougeur au niveau de la peau, mais en palpant la glande, on détermine de la douleur et on peut sentir quelques petits cordons douloureux qui convergent vers l'aisselle.

Il existe souvent de l'œdème de la région ; les ganglions axillaires sont hypertrophiés et sensibles à la pression » (1).

De cette description si vraie, nous ne ferons des réserves que pour la température. Elle s'élèverait brusquement à 39 ou 40°.

Neufeld, dans sa thèse, soutient la même opinion, et donne à l'appui une courbe. On peut lire en légende au dessous de la figure.

« Cette courbe, est tout à fait caractéristique de la lymphangite : on y remarque en effet le brusque début qu'aucune élévation thermique n'aurait pu faire prévoir ; l'extraordinaire ascension du thermomètre si exceptionnelle dans la galactophorite, enfin la descente précoce et rapide. » Neufeld. *Loc. cit.*, p. 44.

A Toulouse, nous avons dans certains cas observé des courbes de température analogues à celles dont parle Neufeld ; mais elles sont l'exception. Dans la grande majorité des cas, la température a monté peu à peu pendant quelques jours et s'est pendant la période d'état de la maladie tenue dans les environs de 38° 38°5. Nous n'avons jamais observé des températures de 40° et plus.

Tout ce que nous venons de dire s'applique à la lymphangite superficielle.

Nous avons rarement observé des cas de lym-

(1) Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*, Tome IV, page 710.

phangite profonde. Celles que nous avons vu, rentraient bien dans le cadre que leur assigne le professeur Budin. Nous nous garderons de rien ajouter à sa description.

Jusqu'ici nous n'avons décrit que la lymphangite pure ; de même quand nous avons étudié la galactophorite, nous n'avons eu en vue que l'entitée morbide créée par le professeur Budin.

Ces deux affections coïncident cependant très souvent. Le même sein peut être attaqué et dans ses canaux galactophores et dans ses vaisseaux lymphatiques. Nous allons parler de ce cas.

L'association de la galactophorite et de la lymphangite, réunit les caractères primordiaux de chacune de ces deux affections. On trouve une brusque ascension de la température à la période de début, des oscillations irrégulières à la période d'état, et une descente en lysis au moment de la défervescence. Neufeld cite à la page 46 de sa thèse une belle courbe de ce genre.

Il en sera de même pour les autres signes, on les retrouvera plus ou moins mélangés, plus ou moins intervertis, en suivant l'évolution de la maladie.

Nous noterons aussi que les cas ou la galactophorite et la lymphangite se trouvent associés, sont relativement plus graves que les autres. Ce sont eux qui sont la cause occasionnelle de la plupart des abcès du sein. Ce sont eux aussi qui fournissent le contingent de ces faits qui paraissent aller

à l'encontre du traitement de l'expression du sein. Parfois en effet un abcès se déclare malgré des expressions bien faites.

Mais dans ces cas, il faut bien savoir que le traitement de l'expression combat seulement la galactophorite et non la lymphangite.

La galactophorite aurait probablement guéri, si les lymphatiques infectés n'avaient incité la glande mammaire à faire du pus, d'autant plus énergiquement que l'expression les traumatise sans chasser en aucune façon les micro-organismes qu'ils contiennent.

Nous serons bref sur l'abcès du sein. Il est produit par une galactophorite mal soignée, par une lymphangite profonde ou par une infection sanguine.

Nous venons de faire allusion, dans les lignes qui précèdent, aux abcès mammaires qui paraissent succéder au traitement par l'expression ; et nous avons dit qu'ils provenaient de l'association de deux maladies essentiellement différentes.

La galactophorite méconnue ou mal soignée, amène fréquemment l'apparition d'un abcès mammaire.

La lymphangite profonde, si elle est mal soignée, dégénère souvent en abcès.

Enfin tout le monde connaît les abcès mammaires qui succèdent à la pyohémie puerpérale.

Nous n'avons observé que deux faits de cette nature à la clinique de Toulouse. Une seule lym-

phangite a suppuré, et les galactophorites sont, depuis une année et demie que nous les étudions, toutes sorties guéries du service. Une fois seulement, une femme voulut sortir pour une raison quelconque, alors qu'elle était encore soumise au traitement de l'expression. Cette femme, nous revint douze jours plus tard, avec un abcès mammaire. Nous l'avons suivie dans le service de chirurgie où elle fut soignée.

On trouvera aux observations ce cas intéressant.

Quel est le traitement des inflammations aiguës du sein?

Un abcès relève uniquement du bistouri.

Une lymphangite superficielle cèdera à une compression énergique et à des pansements antiseptiques au sublimé. Ainsi traitée, sa durée ne dépassera pas deux ou trois jours en moyenne. Une lymphangite profonde, sera traitée par les mêmes moyens ; mais on maintiendra le bandage compressif sur les seins, plus longtemps que dans le cas de lymphangite superficielle. La femme restera dans le décubitus dorsal et on protègera les mamelles contre toute menace de traumatisme. Dans la plupart des cas on évitera ainsi l'abcès du sein.

C'est d'ailleurs ce que nous avons observé.

Dans les cas de galactophorite simple, on fait à la clinique de Toulouse le traitement par le massage et l'expression, du professeur Budin. Et cela se comprend. Les raisons et les faits qui ont engagé M. Budin à pratiquer et conseiller avec insis-

tance le traitement par l'expression que Chassaignac mentionnait pour le repousser, avaient convaincu le Dr Crouzat, élève et plus tard collaborateur du professeur Budin. En prenant la direction de la clinique obstétricale, il ne pouvait manquer d'y instituer le traitement de l'expression ; et depuis dix ans, ce traitement, seul employé dans les cas de galactophorite pure, a toujours été efficace.

M. le professeur Budin décrit ainsi la technique de l'opération :

« Si l'on ne procède pas d'une certaine manière, on n'arrive pas aisément à faire jaillir le lait du sein d'une femme nouvellement accouchée ; si, d'autre part, il y a inflammation des canaux galactophores, il est probable que la lumière déjà si petite des canaux excréteurs, sera plus rétrécie encore ; le pus contenu dans le canal enflammé et celui renfermé dans les parties profondes de la glande sortiront beaucoup plus difficilement. Il importe de procéder de la façon suivante. Le pouce et l'index sont appliqués sur le sein, à une certaine distance du mamelon, près de la circonférence de l'auréole. On appuie d'abord d'avant en arrière, de la surface vers les parties profondes ; puis tout en continuant à presser, on rapproche les doigts jusqu'à la base du mamelon et ce dernier est lui-même comprimé d'arrière en avant. De la sorte, les substances contenues dans la partie ampullaire des canaux galactophores, sont refoulées par la pression vers la partie rétrécie de ces mêmes canaux, partie rétrécie qui chemine dans l'intérieur du mamelon et aboutit à l'extérieur ; on réussit ainsi à les amener au dehors » (1).

(1) P. Budin. *Leçons de clinique obstétricale.* Paris, O. Doin, 1899, p. 447.

C'est qu'en effet il faut procéder avec beaucoup de précautions pour bien faire.

A la clinique obstéricale on fait précéder le traitement de l'expression, d'applications pendant environ une heure, de compresses imbibées d'une solution faible et chaude de sublimé ou d'acide borique. L'expression est dans ces conditions beaucoup moins douloureuse, et nous avons pu nous rendre compte que le pus et le lait sortaient beaucoup plus facilement.

Il faut aussi pour bien faire, ne pas tenter d'amener presque immédiatement le pus et le lait au dehors. Ce serait vouloir provoquer inutilement une douleur très vive. Mais si on commence par un massage de la glande, très doux et très lent, massage dont on accentue peu à peu l'énergie; l'évacuation du sein malade est très supportable. Parfois même l'expression sera presque indolore.

Nous ne sommes pas le seul à insister sur le peu de douleur provoqué par l'expression. Sur quatre-vingt cas de galactophorite, deux fois seulement, nous écrit M. Maygrier, il a fallu recourir à l'emploi du chloroforme.

A la clinique de Toulouse, on n'a jamais eu besoin d'anesthésier la femme. Toutes sans aucune exception, ont très bien supporté le traitement, bien entendu, quand il était fait avec méthode et par des personnes expérimentées.

A ce propos nous disons que bien peu savent faire le massage et l'expression. Aussi n'avons-nous pas été surpris d'entendre un accoucheur expérimenté,

qui nous disait n'avoir connu qu'une seule personne exécutant convenablement ce mode de traitement. Qu'est-ce que cela prouve ? si non que l'expression est trop peu connue. On devrait l'enseigner aux élèves sages-femmes, et aux étudiants en médecine. Les premières préviendraient un certain nombre d'abcès du sein, les seconds pourraient ainsi guérir leurs clientes, sans avoir recours au bistouri.

Il faut préconiser et enseigner l'expression parce qu'elle est d'une efficacité absolue. Nous avons dit, il n'y a qu'un instant, les bons résultats qu'elle donne lorsqu'on sait bien la faire. Nous n'y reviendrons pas. Quant à nous, nous ne craignons pas de dire que notre conviction est faite ; et que plus tard, chaque fois que nous trouverons un sein infecté par les canaux galactophores, nous souvenant des leçons reçues et des heureux résultats tous les jours constatés, nous instituerons avec pleine confiance, le traitement du professeur Budin.

Pour résumer ce chapitre, nous dirons qu'il est facile de faire le diagnostic différentiel des différentes affections inflammatoires de la mamelle, quand elles sont à la période d'état, mais qu'il n'en est pas de même au début.

Au sujet de la galactophorite, les différences d'opinion que l'on peut professer sur les caractères que présente la courbe de la fièvre, ne portent pas tant sur les faits eux-mêmes que sur leur fréquence relative.

La lymphangite superficielle du sein s'est, dans

l'immense majorité des cas, annoncée par une ascension et une chute en lysis de la température, qui n'a jamais atteint les degrés élevés que signale Neufeld dans sa thèse.

La lymphangite profonde, la galactophorite associée à la lymphangite, et enfin l'abcès du sein, nous ont toujours donné à observer les mêmes symptômes que ceux décrits par les auteurs classiques.

L'expression est le traitement de choix de la galactophorite. Les lymphangites relèvent de la compression et de l'antisepsie.

L'abcès du sein relève uniquement de l'incision, quand pour une raison quelconque l'expression bien faite n'a pu le prévenir.

CHAPITRE III

De l'allaitement dans les cas d'infection mammaire.

Les accoucheurs et les pédiatres sont tous d'accord pour obliger les mères à nourrir elles-mêmes leur enfant « l'enfant a droit à sa mère » (Pinard).

L'observation nous apprend que chez les enfants nourris par leur propre mère les troubles digestifs sont ordinairement légers ; chez ceux qui sont nourris par une femme étrangère, ils sont plus fréquents, plus tenaces, mais rarement mortels ; chez les enfants nourris artificiellement, ils sont très fréquents, très sérieux, souvent mortels. Avant la loi Roussel, la proportion des décès survenus parmi les enfants élevés au biberon était, d'après M. Bertillon, quatre fois plus forte que celle des enfants élevés au sein ; depuis, elle est encore près de deux fois plus élevée, d'après M. Lédé (1).

Il y a cependant des contre-indications formelles à l'allaitement maternel. Elles sont nombreuses et

(1) A.-B. Marfan. *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*, Paris, 1899, Steinheil, p. IX.

une des principales relève de l'infection des seins Galactophorite, Lymphangite ou abcès.

Et dit à ce sujet M. Marfan :

Toute glande mammaire infectée ne doit pas être tétée (1).

En 1889, le professeur Budin citait des cas d'enfants atteints d'abcès multiples consécutifs à l'ingestion du lait maternel mélangé de pus.

Dans la pratique des accouchements par MM. Budin et Crouzat, il est dit que les affections de la mère amènent chez le nourrisson des états pathologiques, dont on peut se rendre compte très rapidement, en consultant la courbe du poids de l'enfant.

Nous avons trouvé, dans les registres de la clinique obstétricale, une observation qui nous paraît très démonstrative à cet égard.

Une femme, dont les suites de couches sont normales pendant trois jours, est prise brusquement, au quatrième, de frissons et de céphalées très intenses. Le pouls est fréquent et la température monte à 39°. Les seins deviennent douloureux.

Par un hasard inexpliqué, l'enfant avait continué de téter sa mère ; et ce fut à son préjudice. Alors qu'il avait repris en deux jours son poids de naissance, il diminua brusquement de 250 grammes et pendant quatre jours resta stationnaire ; le cinquième, il augmentait seulement de 10 grammes.

(1) *Id.*, *loc. cit.*, p. 187.

Les auteurs ont signalé, et notamment M. le docteur Démelin, ce fait clinique de la baisse de poids.

Ce dernier a résumé en quelques lignes les dangers de l'allaitement avec un sein malade. Qu'on nous permette de le citer.

Le lait peut contenir du pus venant soit des parois mêmes de la glande mammaire (galactophorite), soit des espaces periglandulaires primitivement abcédés et secondairement ouverts dans les conduits galactophores. Alors l'enfant ingère ce lait mêlé de pus. Il peut le combattre victorieusement à l'aide de ses sucs digestifs ; mais, d'autres fois, il est pris d'accidents variés, tels que dyspepsie gastro-intestinale passagère, dyspepsie toxi-infectieuse grave, choléra infantile, stomatite diphtéroïde à staphylocoques (Gaston et Sevestre), à gonocoques (Dohrn et Rosinski), abcès rétro-œsophagiens, parotidites, otites, abcès multiples épidermiques, sous-cutanés, profonds, broncho-pneumonie (1).

M. le professeur Bézy a publié, dans la revue mensuelle des maladies de l'enfance, une observation présentant, dit-il, un type très net de stomatite produite par la galactophorite de la nourrice.

Eugène B..., 5 mois, entré le 26 juillet 1894. Rien de particulier dans les antécédents ; un frère serait mort athrepsique.

La mère, obligée de sortir, le laisse ligoté dans son maillot, ayant auprès de lui un biberon à tube, garni avec du lait de vache additionné d'eau, et aigri très fréquemment. On lui fait faire aussi quelques tétées, mais avec une irré-

(1) L.-A. Démelin. *Revues et mémoires d'obstétrique*, 1900, Paris, O. Doin, p. 809.

gularité absolue. Diarrhée verte, érythème fessier, athrepsie. La mère nous le conduit, parce que, depuis quelques jours, la diarrhée est plus fétide et surtout parce qu'il refuse de prendre le sein et le biberon. Au premier examen, on remarque que l'enfant tient la bouche ouverte, et l'on aperçoit facilement une large fausse membrane sur la voûte palatine, occupant presque toute la largeur de la ligne médiane, sur une largeur d'un demi-centimètre environ.

« La mère présente depuis quelque temps une collection purulente de l'aréole et du mamelon.

« Nous avons pris des cultures du liquide sortant du mamelon avec le lait et de la fausse membrane. Ces deux ordres de culture nous ont donné un résultat identique : nous avons trouvé un streptocoque présentant une grande quantité de chaînettes de vingt à trente grains, à contours multiples et variés. Le violet de gentiane a bien coloré ces articles. Les cultures sur les différents milieux liquides et solides, ont présenté tous les caractères des cultures du streptocoque et notamment dans le bouillon.

A l'examen de la cavité buccale, nous voyons quelques points blancs sur la langue, mais ce qui nous frappe surtout, c'est la présence de chaque côté de la luette de deux petites ulcérations symétriquement placées, légèrement grisâtres, occupant le siège et présentant l'aspect des plaques ptérygoïdiennes de Parrot.

Ces plaques ne tardent pas à se recouvrir d'un exsudat menbraniforme, qui en deux ou trois jours réunit les deux plaques et forme ensuite une sorte d'enduit de la voûte palatine, rappelant absolument l'aspect de la stomatite inpétigineuse.

L'ensemencement du produit du grattage a donné du staphylocoque : l'examen microscopique de l'enduit a révélé une fausse membrane (1) ».

(1) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Tirage à part.

Nous parlerons simplement pour mémoire de la thèse de Damourette.

Elle est trop connue et trop d'auteurs se sont inspirés de ce travail remarquable, pour qu'il nous soit permis d'en citer des extraits.

Disons seulement que là aussi on trouve cités des faits typiques d'enfants toujours très gravement atteints, parce qu'ils avaient tété un lait provenant de mamelles atteintes de galactophorite.

En présence des accidents que nous venons de citer, une seule ligne de conduite est apparue comme raisonnable aux yeux de tous.

M. le professeur Pinard, dans tous les cas d'infection des mamelles, ne permet l'allaitement maternel qu'après la chute de la température.

M. Maygrier interdit l'allaitement dès qu'une femme a du pus dans ses canaux galactophores.

Il attend pour remettre l'enfant au sein, non seulement que plusieurs expressions minutieuses ne ramènent plus de pus mélangé au lait sécrété par la glande malade, mais par surcroît de précaution il ne donne le sein que deux jours après avoir fait cette constatation. Cette prudente ligne de conduite ne lui a jamais causé d'ennuis. Il ne connaît pas d'enfants de son service qui aient souffert gravement de la galactophorite ou de la lymphangite de leur mère (1).

M. le professeur Budin fait remettre l'enfant au

(1) Lettre du 3 avril 1901.

sein lorsqu'il est certain que la galactophorite a guéri (1).

Notre insistance n'a d'autre but que de montrer combien est unanime l'accord sur ce point. Donc, tant que la femme aura du pus dans ses canaux galactophores ou dans sa glande mammaire, elle ne devra pas donner le sein à son enfant.

A l'accoucheur ou à la sage-femme de veiller sur ce point, et il n'y a à ce sujet de meilleure indication clinique de la présence du pus dans le lait, que le procédé indiqué par le professeur Budin dans sa remarquable leçon sur la galactophorite.

Il consiste à receuillir le lait sur du coton hydrophile.

Le lait, dit Budin :

« Imbibe, pénètre rapidement la toile ou le coton hydrophile, tandis que le pus reste à la surface comme en relief. »

Il est donc facile de reconnaître cliniquement la présence du pus dans le lait, et de suspendre l'allaitement avec le ou les seins malades, tant que l'on fera cette constatation.

Quand peut-on remettre l'enfant au sein ? Est-ce au moment précis où l'expression démontre qu'il n'y a plus de pus ?

L'idée paraît séduisante.

Cependant, certains conseillent d'attendre encore par précaution. Si, disent-ils une seule mamelle est prise, donnez seulement un sein, et suppléez au

(1) Lettre du 7 avril 1901.

manque presque fatal de lait en donnant du lait stérilisé. Si les deux mamelles sont malades, supprimez tout allaitement maternel et instituez l'allaitement artificiel en vous entourant de toutes les précautions possibles.

Convenablement traitée, l'infection mammaire guérira rapidement, et quand la mère sera guérie, vous remettrez l'enfant au sein ; essayant ainsi de rétablir la sécrétion lactée que la compression aura souvent fort compromise.

C'est là une conduite prudente et d'ailleurs la seule possible en pratique, dans la très grande majorité des cas.

Nous dirons cependant qu'à l'allaitement mixte, et à plus forte raison à l'allaitement artificiel si bien mené qu'il soit, nous préférons de beaucoup une nourrice mercenaire, qui remplacerait pour quelque temps la mère malade. La plus forte objection que l'on peut faire à ce conseil, est qu'il est bien difficile de trouver une bonne nourrice pour aussi peu de temps.

On aura donc recours de préférence au lait d'ânesse, ou encore au lait de vache, stérilisé à domicile, le seul dont on puisse être sûr. Mais on se souviendra toujours, dans le cas de mammite simple, que nombre de femmes ont pu nourrir leur enfant avec un seul sein, sans s'aider en aucune manière de lait stérilisé.

La balance fournira ici les meilleures indications ; parce que seule elle peut mathématiquement

montrer si l'enfant tète ou non la quantité de lait qui lui est nécessaire.

Combien de temps doit durer cet allaitement auxiliaire? Le moins possible.

A quel moment faut-il remettre l'enfant au sein de la mère?

A ce sujet, nous nous contenterons d'expliquer, le plus simplement possible, ce que l'on fait, et quels résultats on obtient à la clinique obstétricale de la Faculté de Toulouse, depuis tantôt dix ans.

Comme partout, nous l'avons d'ailleurs déjà dit, on cesse l'allaitement dès qu'une femme a pour une cause quelconque du pus dans sa mamelle; mais on le reprend peut-être plus tôt que partout ailleurs.

Dès qu'une expression minutieuse, a cliniquement démontré qu'il n'y a plus de pus ni de liquide louche mélangé au lait, on attend à peine quelques heures avant de reprendre l'allaitement maternel. La sage-femme de garde examine encore quatre à cinq heures après le sein qui parait guéri, et fait une nouvelle et dernière expression. Si la mère n'accuse aucune douleur et si, malgré toute l'attention possible, la température restant normale, on ne trouve décidément plus aucune trace de pus ni de liquide louche mélangé au lait exprimé, on remet sans hésiter l'enfant au sein.

On s'est d'abord assuré que cet enfant n'est pas déjà en état de débilité congénitale ou acquise, et surtout qu'il ne présente aucune lésion du côté de la cavité buccale.

Il faut en effet attacher une grande importance à ce dernier point. Si par hasard quelques micro-organismes virulents se trouvaient encore dans le lait, ils pourraient causer des abcès dans la bouche, comme le dit M. Démelin.

La bouche une fois franchie, il y a beaucoup moins, à craindre à cause du pouvoir antiseptique des sucs stomacaux et du rôle antitoxique de l'intestin. Ce que nous disons là n'est que théorique, la pratique de tous les jours nous ayant démontré qu'il n'y avait aucun danger à craindre, si l'on fait les constatations précédentes.

Les premiers jours qui suivent la reprise de l'allaitement, on suit avec un redoublement d'attention l'état de santé du petit être. Toute baisse du poids qui s'écarterait de la normale, ou tout symptôme faisant craindre un début d'intoxication gastro-intestinale, entraînerait la suppression immédiate de l'allaitement. Mais on n'a jamais été obligé d'en venir là; l'immense majorité des enfants s'est au contraire très bien élevée. Nous n'en voulons d'autres preuves que les observations publiées à la suite de ce chapitre.

Jamais nous n'avons observé le moindre accident, pas de diarrhée, pas d'érythème ; mais au contraire une bonne courbe de poids qui nous démontrait que l'enfant s'élevait bien. Si antérieurement à la cessation de l'allaitement, l'enfant avait eu une ophtalmie ou de l'érythème, ces affections, loin de s'aggraver à la reprise de l'allaitement, suivaient au contraire leur cours normal et dispa-

raissaient tout aussi rapidement que disparaissent ces affections chez les enfants qui tètent des femmes saines. Ce qui prouve cliniquement que ce retour à l'allaitement maternel, loin d'être défavorable à l'enfant, comme on pourrait le craindre, n'a pour lui que des avantages.

De tels résultats paraissent encourageants, et en égard au peu de durée qu'ont présenté à Toulouse les galactophorites observées, cette affection paraît devoir perdre beaucoup de sa gravité, parce que, convenablement traitée, elle n'entraînera la cessation de l'allaitement maternel que pendant un temps minime.

Il serait téméraire de vouloir expliquer théoriquement les heureux résultats obtenus, nous nous bornerons à les signaler. Nombreux et très importants sont en effet les avantages qui découlent de cette ligne de conduite.

En premier lieu, pour l'enfant : En le mettant plus vite au sein on a plus de chances de ne point voir diminuer et même disparaître la sécrétion lactée ; ce qui entraînerait l'allaitement mixte ou artificiel et toutes leurs conséquences possibles.

En second lieu, la mère tétée plus tôt a moins de chances de récidives, le nourrisson vidant le sein et le mettant dans de meilleures conditions pour guérir.

En agissant ainsi, on évite d'avoir recours à la compression du sein, qui gêne la sécrétion lactée, surtout lorsqu'elle est prolongée et énergique. Il n'est pas toujours possible de rétablir de nouveau une sécrétion lactée suffisante. Nous en avons un exemple dans le cas suivant : Pendant une galac-

tophorite double, nous avons voulu faire analyser chimiquement le lait; nous n'avons pu même, trois jours après la guérison, en recueillir qu'une quantité très insuffisante. On avait fait suivre l'expression d'une compression trop énergique.

Tels sont les résultats obtenus à la clinique obstétricale ; ils nous paraissent heureux, donc cliniquement recommandables.

Pour terminer et être complet autant que possible dans le cadre que nous nous sommes tracé, nous parlerons de l'allaitement dans d'autres affections du sein.

Ce que nous venons de dire antérieurement s'applique à la galactophorite ou à l'abcès intra-mammaire, les seules affections où l'expression du sein puisse amener du pus en même temps que le lait.

Il ne faut pas parler d'allaitement maternel dans le cas d'abcès du sein; les incisions, la compression et le drainage qui forment la base du traitement chirurgical, obligent d'avoir recours à un autre mode d'allaitement.

Quelle conduite convient-il de tenir dans le cas de lymphangite du sein?

Que la lymphangite soit superficielle ou profonde, on cessera l'allaitement au sein malade.

La durée de la lymphangite superficielle est si courte, que les inconvénients de l'allaitement artificiel ou mixte en seront minimes. De plus, on évitera ainsi la transformation de la lymphangite simple en lymphangite profonde, toujours plus longue, donc toujours plus grave, au point de vue de l'allaitement, puisqu'elle oblige de l'interrompre,

pendant un temps plus long. Dans le cas de lymphangite profonde, la fièvre est trop intense et le sein trop douloureux, pour que l'on soit tenté de donner le sein à l'enfant. Ce serait d'ailleurs l'exposer inutilement à s'infecter.

Pour terminer, nous ferons observer que dans quelques cas de lymphangite superficielle, la mère a continué de nourrir son enfant, qui n'a présenté aucun symptôme d'infection. Mais, de ce fait isolé, nous ne saurions tirer de conséquences, et nous conseillons de cesser l'allaitement pendant deux jours, durée moyenne d'une lymphangite bien traitée.

Nous résumerons nos conclusions, comme nous l'avons fait dans les chapitres précédents.

Si l'allaitement maternel est de beaucoup préférable à tout autre, les inflammations suppurées de la mamelle sont pour lui une contre-indication formelle.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point; il n'y a de divergence que sur le moment précis où l'on peut recommencer de donner le sein à l'enfant.

A la clinique obstétricale, on remet l'enfant au sein dès que l'expression ne décèle macroscopiquement plus de traces de pus ni de liquide louche mélangées au lait.

Cette ligne de conduite n'a présenté aucun inconvénient dans les faits que nous rapportons; aussi la croyons-nous recommandable.

L'allaitement est contre-indiqué dans le cas d'abcès; et aussi dans le cas de lymphangite superficielle ou profonde.

OBSERVATIONS

(Nombre total de 1898 à 1901 :)

Bien que le traitement des infections mammaires par le massage et l'expression soit pratiqué depuis 1891 à la clinique d'accouchements, nous avons éliminé systématiquement les observations antérieures à 1898, pour n'avoir qu'à parler de faits constatés par nous, ou sur lesquels nous pouvions obtenir en toute certitude les renseignements dont nous avions besoin. Observés par les mêmes personnes, guidées par le même esprit, ces faits sont absolument comparables entre eux.

Nous avons fait 8 catégories :

A. — Galactophorites

1° — Type le plus fréquent (16 cas).....P. 73 à 88
2° — Type moins fréquent (8 cas).....P. 89 à 97
3° — Type fruste (2 cas).....P. 121 à 123
4° — Galactophorites dégénérées (2 cas).....P. 100 à 102
5° — Galactophorite et lymphangite associées (1 cas).....P. 98 à 99

B. — Lymphangites

6° — Lymphangite superficielle, type le plus fréquent (12 cas).....P. 103 à 115
7° — Lymphangite superficielle, type moins fréquent (2 cas).....P. 116 à 119
8° — Lymphangite profonde (1 cas).....P. 120

Le numéro de l'observation correspond au numéro d'ordre des registres de la clinique d'accouchements de la Faculté.

Nous donnons ci-après le résultat fourni par l'examen bactériologique de quelques pus recueillis fin 1900 et commencement 1901.

M. Dalous, interne des hôpitaux de Toulouse et préparateur de M. le professeur agrégé Morel, nous a remis à ce sujet la note suivante :

« L'examen bactériologique du pus mélangé au lait, a été fait directement sur lamelles après coloration.

« Les globules de pus étaient peu abondants, on trouvait aussi des microcoques, groupés en amas, et résistant à la décoloration par la méthode de Gram.

« Ensemencements en stries sur gélcse. Au bout de 24 heures de séjour à l'étuve, apparition de colonies arrondies, blanches, opaques, de staphylocoque blanc. Dans un seul cas, il y eut en même temps des colonies de staphylocoque doré. Ce sont les seules espèces qui se soient développées ».

On a trouvé du staphylocoque blanc dans le pus (année 1900, n° 222, année 1901, 10, 45, 51), et l'association du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré, dans le pus (année 1900, n° 72).

Nous ferons à ce sujet remarquer que ces résultats concordent avec les recherches premières du professeur Budin.

En aucun cas, nous n'avons observé les nombreuses espèces microbiennes dont parle Mlle Neufeld.

OBSERVATIONS

Les observations suivantes concernent les galactophorites qui présentent le type que nous avons le plus fréquemment observé.

Ascension brusque de la température, chute rapide et retour presque immédiat à la normale, telle est leur caractéristique.

Année 1898

—

rimipare 24 ans

—

Constitution bonne

———

OBSERVATION N° 95

———

Entrée le 7 juin. — Accouchée le 8 juin.
Présentation et position : OIGA.
Mode et terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
8 juin				2670 gr.	Maternel	
9 »			Gerçures des deux seins.	— 140	—	
10 »			Nuit du 11 au 12, frisson, douleur au sein droit.	0	—	
11 »				+ 50	—	
12 »	36.7	36.8	Expression le 13, matin.	+ 100	—	
13 »	39	37.5	Température tombe à 38°.	+ 70	Mixte	
14 »	37.1	37.2	Expression le 13 au soir.	+ 100	—	
15 »	36.9	36.9	Température tombe à 37°.	+ 50	Maternel	
16 »	37	37	Pansements humides au sublimé.	+ 30	—	
17 »				+ 40	—	
18 »			La femme sort guérie.	+ 20	—	
19 »				+ 30	—	Sort en très bon état.
20 »				+ 50	—	

Année 1899

OBSERVATION N° 24

Primipare 23 ans

Constitution bonne

Entrée le 2 février. — Accouchée le 2 février.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Déchirure du périnée 1er degré.

Antécédents : Anémie de 14 à 18 ans.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	JOURS	MODE D'ALLAILEMENT	REMARQU
2 fév.		36.6		2570 gr.	Maternel	
3 »	36.5	37.5		— 100	—	
4 »	36.9	37.6		+ 30	—	
5 »	36.9	37.6		— 20	—	
6 »	37	37		0	—	
7 »	37.5	38		+ 70	—	
8 »	37.1	36.7	Dans la journée du 9, frisson et céphalée.	+ 20	—	
9 »	37.4	38.7		— 10	Mixte	
10 »	37.2	39.4	Expression et compression.	+ 10	Mixte	
11 »	36.8	36.9	Le 10, même traitement.	+ 50	Maternel	
12 »	36.9	37		— 30	—	
13 »	36.8	36.6	Le 11, guérison qui se maintient.	+ 20	—	
14 »	37	37		+ 30	—	
15 »	36.8	37		— 30	—	
16 »	37.9		La femme sort guérie.	+ 20	—	Enfant s en exc lente sa

Année 1899

—

rimipare 20 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 54

Entrée le 4 mars. — Accouchée le 6 mars.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
6 mars.		37			La mère, désirant se placer comme nourrice, donne le sein à plusieurs enfants du service.	Enfant mort-né.
7 »	36.9	37.4				
8 »	37	37				
9 »	37	37.1				
10 »	37.1	37				
11 »	36.9	37				
12 »	36.7	39	Le 12, frisson, céphalée, anorexie, nausées. Vive douleur au sein droit, qui est tendu, et très douloureux à la palpation. Expression. Pus ; liquide louche. Compression.		Cessation complète de tout allaitement.	
13 »	36.6	36.5				
14 »	36.6	37			id.	
15 »	36.6	37			id.	
16 »	37.1	37.1			Recommence à donner le sein.	
17 »	36.9	36.9				
18 »	36.8		Chute rapide de la température. Le lendemain le sein paraît guéri. La guérison se maintient.			
			Femme sortie du service bien guérie.			Les enfants ne présentent aucun accident.

Année 1899

—

Primipare 22 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 152

Entrée le 7 juillet. — Accouchée le 22 juillet.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
22 juillet.		36.6	Le 23, frissons, céphalée, anorexie.	4270 gr.		
23 »	36.8 36.9	37.8	Courbature générale. Sein gauche très douloureux.	— 270	Artificiel	
24 »	37	38.2	Expression, pus et liquide louche.	— 20	—	
25 »	36.5	36.5	Le 24, expression de sûreté, guérison très rapide sans rechute.	+ 40	Maternel	
26 »	36.5	36.7		+ 50	—	
27 »	36.6	36.6		+ 50	—	
28 »	36.7	36.7		+ 10	—	
29 »	36.7	36.6		+ 60	—	
30 »	36.6	36.8		+ 90	—	
1 août.	36.6	36.7		+ 100	—	
2 »	36.6	36.7		+ 40	—	
3 »	36.5	36.6		0	—	
4 »	36.5	36.7	La femme sort guérie.	+ 60	—	L'enfant en excel état.
5 »	36.6			+ 10	—	

Année 1899

—

rimipare 22 ans

Constitution bonne

OBSERVATION 182

Entrée le 13 septembre. — Accouchée le 13 septembre.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
				3050 gr.	Maternel	
13 sept.		36.8		— 140	—	
14 »	36.8	36.8		— 10	—	
15 »	36.7	36.7		+ 20	—	
16 »	36.7	36.7		+ 20	—	
17 »	36.5	36.7		+ 60	—	
18 »	36.5	36.6	Le 19, frisson, céphalée, peau chaude, pouls rapide 120, sueurs, anorexie. Douleur vive au sein gauche. L'expression ramène du pus et du lait. La température tombe. Le 21 au soir, nouvelle expression à cause de la montée de la température. Elle ne donne que du lait. Pas de rechute, guérison définitive.	+ 30	—	
19 »	38.7	36.7		+ 40	Mixte	
20 »	36.5	36.5		+ 80	Maternel	
21 »	36.7	38.8		+ 10	Mixte	
22 »	37	37		+ 10	Maternel	
23 »	36.8	36.9		+ 80	—	
24 »	36.7	36.9		0	—	
25 »	36.8			+ 60	—	
			La femme sort guérie.			Sorti en très bon état.

Année 1899

Primipare 22 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 244

Entrée le 30 novembre. — Accouchée le 16 décembre
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQ
16 déc.		36.9		3210 gr.	Maternel	
17 »	36.8	36.9		— 80	—	
18 »	36.7	36.7	Gerçures du sein droit.	— 80	—	
19 »	36.6	36.7		+ 10	—	
20 »	36.7	36.7		+ 40	—	
21 »	36.8	39.5	Le 21, frisson, céphalée, nausées,	+ 70	Mixte	
22 »	36.5	36.9	anorexie. Douleur	0	Maternel	
23 »	36.8	36.8	vive au sein gauche. Induration.	+ 10	—	
24 »	37	37.1	Expression ; et rapidement la gué-	+ 30	—	
25 »	36.9	36.9	rison survient,	+ 50	—	
26 »	36.8	36.9	ainsi que le montre la courbe de	+ 60	—	
27 »	36.8	36.5	température.	+ 20	—	
28 »	37	37		+ 60	—	Enfant
29 »	36.9		La femme sort guérie.	+ 30	—	cellent

Année 1900

—

rimipare 24 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 54

Entrée le 7 mars. — Accouchée le 26 mars.
Présentation et position : SIDP mode des fesses.
Mode de terminaison de l'accouchement : extraction manuelle.
Délivrance naturelle.
Albuminurie de la grossesse.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
26 Mars		37.8	Le 4 avril frisson très intense. Céphalée, nausées et vomissements. Douleurs dans le sein droit. Noyaux d'induration à la partie antérieure de la glande. Lassitude générale. Pouls 120. 2 expressions et quinine. Pansements au sublimé.		La femme donne à téter aux enfants du service, sauf les 4, 5, 6 et 7 avril.	
27 »	37.8	37.3				
28 »	36.5	36.9				
29 »	36.5	36.8				
30 »	37.1	37.2				
31 »	36.7	37.5	Le 5, troisième expression et guérison.			
1er Avril	37	36.9	Le 6 au soir, nouveau frisson, mêmes symptômes généraux mais douleur au sein gauche. Noyaux d'induration et léger œdème du sein. 3 expressions dans la journée, pus, compression des deux seins, régime lacté absolu. Limonade Rogé.	Enfant mort pendant le travail	Aucun ne présente de phénomènes d'intoxication.	
2 »	36 9	36.9				
3 »	36.8	36.7				
4 »	36.5	38.7 37				
5 »	37.8	37	Le 7 au matin quatrième expression aux deux seins, par mesure de précaution. La femme redonne désormais le sein aux enfants du service.			
6 »	37.9	38.4 39.7 38				
7 »	37	37				
8 »	36.8	37.2				
9 »	37	37				

Année 1900

OBSERVATION N° 74

Primipare 21 ans

Constitution bonne

Entrée le 21 mars. — Accouchée le 22 avril.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
22 Avril		37.3			La femme donne le sein aux enfants du service, sauf le 1er et le 2 mai. Aucun n'en éprouve d'inconvénients.	Enfant m pendan le trav
23 »	36.8	36.8				
24 »	36.6	36.8				
25 »	36.9	36.8				
26 »	36.8	37.6				
27 »	36.9	36.9				
28 »	36.9	36.9				
29 »	36.9	36.8				
30 »	36.9	37				
1er Mai	37	39	1er mai après-midi, douleur mammaire gauche. Expression. Pus et liquide louche. Compression du sein. Pansements au sublimé. 2 mai matin, 2e expression qui ne donne que du lait. Femme guérie. Sortie guérie.			
2 »	37	37				
3 »	37.6	36.8				
4 »	36.6	36.7				
5 »	36.5	36.7				
6 »	36.6					

Année 1900

—

rimipare 24 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 76

Entrée le 7 février. — Accouchée le 22 avril.
Présentation et position : MIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Rupture prématurée des membranes.

Antécédents hérsditaires et personnels : Bacillose pulmonaire, 1 degré.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENTS	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
22 Avril		37.3		3680 gr.	Maternel	
23 »	36.8	36.8		— 210	—	
24 »	36.6	36.8		— 40	—	
25 »	36.9	36.9		+ 70	—	Mammite des 2 seins (lavage au sublimé, compress.).
26 »	36.8	37.4		+ 10	—	
27 »	36.9	36.9		+ 90	—	
28 »	36.9	36.9	Nuit du 30 avril au 1er mai frisson, céphalée, nausées, peau chaude, pouls fréquent. Expression le 1er. Pus. Traitement ordinaire.	+ 80	—	id.
29 »	36.9	36.8		+ 70	—	amélioration
30 »	36.9	37		+ 60	—	id.
1er Mai	39	38		+ 70	Mixte	Guérison
2 »	37.6	37 37.7	Le 2 nouvelle expression, liquide louche. Le 2 au soir nouvelle expression. Guérison.	+ 80	Maternel	id.
3 »	36.8	36.8		+ 50	—	Sort du service en excellent état.

Année 1900

—

Primipare 23 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 97

Entrée le 1er juin. — Accouchée le 1er juin.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance spontanée.

Antécédents héréditaires et personnels : Albuminurie de la grossesse.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
1er juin		37.2		1570 gr.		Enfant
2 »	36.9	37	Après-midi 4 juin, frisson, céphalée.	— 10	Maternel	mis
3 »	36.7	36.9	Expression, liquide louche. Compression des deux seins. Quinine et purgatifs. Douleur légère au sein. Pas de noyaux d'induration. Température tombe à 37. Après-midi 5 juin, frisson, céphalée, expression et quinine. Guérison.	— 50	—	en couve
4 »	37	37.9		+ 10	—	—
5 »	37	39.5		— 40	Artificiel	—
6 »	37	37.3		+ 60	parce que	—
7 »	36.9	37.2		+ 50	l'enfant	—
8 »	37	37.1		+ 50	est en état de	—
9 »	36.8	37		+ 20	faiblesse	Ezythème
10 »	36.7	36.9		+ 10	congénitale	fess
11 »	37	36.8		— 10	et	—
12 »	36.9	37		— 20	ne peut	—
13 »	36.7	37		— 20	prendre	—
14 »	36.7	36.9		— 10	le sein.	—
15 »	36.7	36.9		— 20	—	—
16 «	36.8	36.8		0	—	Guérison l'érythè
17 »	36.6	36.7		+ 60	—	Sort d
18 »	36.6			+ 70	—	un état diocre.

Année 1900

OBSERVATION N° 107

ertipare 25 ans

Constitution bonne

Entrée le 18 mai. — Accouchée le 18 juin.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
18 juin		36.8		3500 gr.	Maternel	
19 »	36.7	36.8		— 180	—	
20 »	36.9	36.9		— 90	—	
21 »	36.7	36.7	Le 23 matin, léger frisson, céphalée. Douleur au sein droit. Deux expressions dans la journée, liquide louche et une à deux gouttes de pus Quinine, 1 gr. dans la journée. Le 24 matin, 3 expressions et guérison définitive. La femme sort guérie.	+ 20	—	
22 »	37	36.7		0	—	
23 »	36.6	36.6		— 50	Mixte	
24 «	36.8	36.7		0	Maternel	
25 »	36.7	36.8		+ 20	—	
26 »	36.6	36.9		0	—	
27 »	36.8	36.7		+ 60	—	
28 »	36.8	36.8		+ 10	—	

Année 1900

—

Primipare 20 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 118

Entrée le 9 juillet. — Accouchée le 10 juillet.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance spontanée.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
10 juillet.		37.2		3080 gr.	Maternel	
11 »	37	37		— 50	—	
12 »	36.8	36.8		— 20	—	
13 »	36.6	37.2		— 10	—	
14 »	36.8	37.2		— 50	—	
15 »	36.7	37.6	Dans la nuit du 15 au 16, frisson, nausées, douleurs au sein droit.	+ 40	—	
16 »	36.9	38.1 37		+ 20	Mixte	
17 »	36.9	37	2 expressions dans la journée du 16 ; quelques gouttes de pus et un liquide louche. Quinine 0 gr. 50.	+ 40	Maternel	
18 »	36.9	37		+ 70	—	
19 »	36.9	36.9		+ 60	—	
20 »	36.7	37	17 matin, 3 expressions, guérison complète.	+ 40	—	
21 »	36.7	36.8		+ 100	—	Très bon
			Femme sortie complètement guérie.			

Année 1900

—

rimipare 23 ans

Constitution bonne

OBSERVATION 152

Entrée le 22 août. — Accouchée le 17 septembre.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Accident de l'accouchement : Déchirure du périnée 1er deg.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
17 sept.		36.7	Suites de couches normales du 17 au 23 et du 26 au 28.	2700 gr.	Maternel	
18 »	36.6	36.6		0	—	
19 »	36.6	37.2	Nuit du 23 au 24, frisson intense, céphalée. Douleur au sein droit.	— 50	—	
20 »	36.9	37		— 100	—	
21 »	37	37	Le 24 matin, expression (pus). Chute de la température de 38.9 à 36.9.	+ 50	—	
22 »	36.9	36.7		+ 20	—	
23 »	36.9	36.7		+ 50	—	
24 »	38.9	36.9	Nuit du 24 au 25, mêmes symptômes. Noyaux indurés à la partie inférieure de la glande.	+ 30	Mixte	
25 »	39.3	36.8		+ 100	Mixte	
26 »	36.8	36.8		+ 80	Maternel	
27 »	36.8	36.8	Le 25 matin, expression (pus). Chute de la température de 39.3 à 36.8.	0	—	Sort en excellent état.
28 »	36.8	36.8		+ 10	—	
			Les noyaux indurés disparaissent ainsi que la douleur.			
			Femme sortie complètement guérie.			

Année 1900

—

Secondipare 27 ans

—

Constitution bonne

OBSERVATION N° 153

Entrée le 17 septembre. — Accouchée le 18 septembre.
Présentation et position : OIGP.
Mode et terminaison de l'accouchement : spontané.
Rupture prématurée de membranes.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE		SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
	MATIN	SOIR				
18 sept.		36.9		3760 gr.	Maternel	
19 »	36.8	36.9		— 10	—	
20 »	36.8	36.9		— 100	—	
21 »	36.8	36.8		— 50	—	
22 »	36.8	37		+ 100	—	
23 »	37	37.2	Douleur au sein droit dans la nuit	+ 40	—	
24 »	37	37.8 38.9	du 23 au 24, frisson, céphalée.	+ 10	Mixte	
25 »	36.9	36.7	Surexcitation. Expression, pus. 2	+ 10	Maternel	
26 »	38.2	37.2	expressions, amélioration.	+ 20	Mixte	
27 »	36.7	36.7	Le 25, guérison.	0	Maternel	
28 »	36.8		Le 26 au matin, nouveau frisson, céphalée, douleur au sein gauche, 3 expressions dans la journée.	0	—	Sort en ex lent éta
			Le 28, guérison complète.			
			La femme sort guérie.			

Année 1900

—

imipare 25 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 206

Entrée le 5 novembre. — Accouchée le 5 novembre.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Périénorraphie.

Antécédents héréditaires et personnels : Rétrécissement mitral.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
5 déc.		37		3080 gr.	Maternel	
6 »	37	37.2		— 80	—	
7 »	36.8	38		— 20	—	
8 »	37.3	37.4	On met l'enfant en nourrice le 10.	— 20	—	
9 »	36.8	37.1	Le 11, dans l'après-midi, frisson, céphalée, nausées. Le sein droit est douloureux. Pas de rougeur. Induration légère à la partie supérieure de la glande. 2 expressions dans la journée. Quinine, antipyrine.	+ 30	—	
10 »	36.9	37.1		+ 50	—	
11 »	37	39.5				Sorti du service en très bon état.
12 »	37.3	36.8 37.2				
13 »	37.1	37				
14 »	36.9	36.9				
15 »	36.8	37				
16 »	36.9	37	Le 12 matin, 3e expression ; pas de trace de pus. Le soir, 4e expression, compression des deux seins et guérison définitive.			
17 »	36.8	36.8				
18 »	36.8	36.8				
19 »	36.8	36.8				

Année 1901

—

Primipare 19 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 45

Entrée le 18 mars. — Accouchée le 19 mars.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE SOIR	TEMPÉRATURE MATIN	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	JOURS	MODE D'ALLAILEMENT	REMARQ
19 mars		37		3850 gr.	Maternel	
20 »	37.1	37.2		— 150	—	
21 »	36.9	37	Gerçures des deux mamelons, Traitement ordinaire.	0	—	
22 »	36.8	36.9		— 80	—	
23 »	37	37		+ 80	—	
24 »	37 39.1	39.8 37.5	Le 24, frisson très intense et douleur très accusée du sein gauche. Noyaux d'induration. Céphalée intense. Nausées. Expression, pus, quinine. Expression le soir, liquide louche.	+ 20	—	
25 »	38.6 37.1	37 36.9	Le 25, léger frisson, mêmes phénomènes que la veille, mais moins intenses. Même traitement. Deux expressions, l'une donne un liquide louche, l'autre un lait qui paraît normal. La femme était en bonne voie de guérison quand elle a été obligée de quitter le service. Nous ne l'avons pas revue.	— 20	Recommençait à donner le sein après les expressions.	

Les observations suivantes concernent les galactophorites que nous avons observées assez rarement.

Ascension lente de la température, chute en lysis, retour lent à la normale, telle est leur caractéristique.

Année 1900

OBSERVATION N° 90

Primipare 22 ans

Constitution bonne

Entrée le 22 avril. — Accouchée le 22 avril.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Déchirure du périnée, 1er degré.

Antécédents : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE		SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
	MATIN	SOIR				
22 Avril		36.8		2850 gr.	Maternel	
23 »	36.8	36.8		— 80	—	
24 »	39	38	Le 24 matin, frisson Céphalée. Douleur intense au sein droit. Expression. Quinine.	— 50	Mixte	
25 »	37.9	37.7		— 40	—	
26 »	36.9	37		+ 40	—	
27 »	36.8	37.1	Le 24 soir, induration au sein droit. Deux expressions, plus de pus. Liquide louche. Compression. Le 25 matin, dernière compression, lait. Guérison rapide.	0	Maternel	
28 »	36.8			+ 50	—	
29 »				+ 10	—	
30 »				+ 10	—	
1er Mai				+ 30	—	
2 »				+ 80	—	
3 »				+ 70	—	
4 »				0	—	
5 »			La femme sort guérie.	+ 20	—	Sort en bon état

Année 1898

—

imipare 23 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 95

Entrée le 4 mai. — Accouchée le 5 mai.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
5 Mai			Gerçures des deux seins, traitement ordinaire.	2740 gr.	Maternel	
6 »			Nuit du 8 au 9, frisson, céphalée, peau chaude, pouls rapide, sensation de fatigue intense, anorexie, douleur au sein droit, deux expressions dans la journée du 10, pus et liquide louche. Le soir, le sein gauche devient douloureux et tendu, expression, un peu de pus et du liquide louche; compression des deux seins. Le 10, deux expressions, une à chaque sein, ni pus, ni liquide louche. Compression le 11, la montée laiteuse nouvelle se fait mal. Femme sortie complètement guérie.	− 80	—	
7 »				− 10	—	
8 »				0	—	
9 »	38.8	39		+ 10	—	
10 »	38	38.8		+ 100	Mixte. On donne, à partir du 9, du lait de vache ; et on met au sein des femmes du service, qui ont beaucoup de lait.	
11 »	37.4	37.5		0		
12 »	36.9	37		− 50		
13 »	37	36.9		+ 30		
14 »	36.8	36.9		0		
15 »	36.3	36.5		+ 10		
16 »	36.8			+ 10		Sorti en bon état.

Année 1898

OBSERVATION 240

Primipare 21 ans

Constitution bonne

Entrée le 9 décembre. — Accouchée le 9 décembre.
Présentation et position : OIDA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Hémorrhagie de la délivrance.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
9 décem.	37.1	36.9		3380 gr.	Maternel	
10 »	36.9	37.3		— 110	—	
11 »	36.8	37.1		— 60	—	
12 »	36.3	36.9	Gerçures des deux seins.	+ 40	—	
13 »	36.9	36.4		+ 100	—	
14 »	36.4	37.3	Dans la nuit du 15 au 16, céphalée intense, courbature, douleur au sein gauche violente, deux expressions dans la journée; compression.	+ 30	—	
15 »	37	37		+ 40	Mixte	
16 »	39.3	39.3		+ 20	—	
17 »	38	37.9		0	Artificiel	
18 »	37	36.6		+ 60	—	
19 »	37	38	17, 18, 19, expression, pansements antiseptiques, on continue la compression.	— 30	—	
20 »	37.1	37.1		— 10	Maternel	
21 »	37	37		— 20	—	
22 »	36.9	36.7	Le 20, guérison définitive.	— 10	—	
23 »	36.8	36.7		+ 20	—	
24 »	37.2	36.6		— 40	—	
25 »	36.7			— 50	—	
26 »			La femme sort guérie.	+ 10	—	Sort en cellent

Année 1899

—

V pare 21 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 35

Entrée le 7 février. — Accouchée le 8 février.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : Nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
8 fév.	36.6	37.1		3520 gr.	Maternel	
9 »	36.7	36.6		— 120	—	
10 »	36.7	36.5		— 10	—	
11 »	36.7	36.6		+ 60	—	
12 »	36.6	36.6		+ 80	—	
13 »	36.6	36.6		+ 100	—	
14 »	36.6	36.6		+ 40	—	
15 »	36.8	36.9	Dans la journée du 16, frisson, céphalée, peau chaude, pouls 110. Douleur au sein droit. Expression. Pus et liquide louche. La température tombe rapidement et la guérison est complète.	+ 60	—	
16 »	37.2	38.9		+ 30	Mixte	
17 »	37	37.2		+ 90	Maternel	
18 »	36.8			— 30	—	Sorti en excellent état.

Année 1899

—

Primipare 22 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 104

Entrée le 12 mai. — Accouchée le 16 mai.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : Nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUE
16 mai		37		3180 gr.	Maternel	
17 »	37	36.7		— 150	—	
18 »	36.5	36.8		— 60	—	
19 »	36.5	36.7		+ 30	—	
20 »	36.7	36.9		+ 50	—	
21 »	36.8	36.9		+ 20	—	
22 »	36.9	36.8		+ 80	—	
23 »	36.7	36.6		+ 30	—	
24 »	36.9	36.7		+ 80	—	
25 »	37.1	36.8		+ 60	—	
26 »	36.4	37	Dans la nuit du 26 au 27, frisson et vive douleur mammaire. 1 expression, un peu de pus et de liquide louche.	0	—	
27 »	38.4	37.5		+ 100	Mixte	
28 »	37.5	36.9	Le 27, 2e expression.	+ 30	Maternel	
29 »	36.9		Le 28, guérison qui se maintient.	+ 40	—	L'enfant s en excell état.
			La femme sort guérie.			

Année 1900

—

rimipare 17 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 30

Entrée le 20 janvier. — Accouchée le 13 février.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE SOIR	TEMPÉRATURE MATIN	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	JOURS	MODE D'ALLAILEMENT	REMARQUES
3 Février		37.5	Gerçures au sein gauche, glycérine et alcool, poudre d'iodoforme, pansement occlusif. Le 23 au soir frisson, céphalée, anorexie, douleur mammaire, noyaux d'induration. Expression. Pus et liquide louche. 24 matin. Expression. Liquide louche. Chute rapide de la température à 36.8. Compression des seins les 24 et 25. Guérison complète sans rechute. La femme sort guérie.	3240 gr.	Maternel	
4 »	37	36.8		+ 50	—	
5 »	36.8	36.8		— 100	—	
6 »	36.9	37		— 100	—	
7 »	36.9	36.9		— 30	—	
8 »	36.6	36.7		+ 80	—	
9 »	36.5	36 7		+ 40	—	
10 »	36.8	37.1		+ 40	—	
11 »	36.8	36.8		+ 50	—	
12 »	36.6	36.8		0	—	
13 »	37.5	38		+ 30	Mixte	
14 »	38.5	38.7 36.8		0	—	
15 »	37.3	37		+ 20	—	
16 »	37	37.2		— 50	Maternel	
17 »	36.8	37.1		+ 29	—	
18 »	36.8	37.3		— 70	—	
1er Mai	37.3	37		— 50	—	
2 »	36.7	36.9		+ 70	—	Etat général bon.
3 »	36.7	36.8		0		

Année 1900

OBSERVATION N° 222

Primipare 24 ans

Constitution médiocre

Entrée le 7 décembre. – Accouchée le 30 décembre.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents héréditaires et personnels : Tuberculose pulmonaire, 1er degré.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENTS	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
30 déc.		37.5	Gerçures des deux mamelons. Traitement ordinaire.	3810 gr.	Maternel	
31 »	37.5	36.8	Frisson très intense dans la nuit du 5 au 6, 4 h. du matin. Céphalée, nausées et vomissements, pouls rapide, peau très chaude. Douleur au sein droit, induration à sa partie externe. 6 au matin 1re expression. Trois cuillerées à soupe de pus. Quinine, 1 gr. en 24 heures. A 5 h. et à 8 h. du soir 2e et 3e expressions qui donnent de moins en moins de pus. Le 7, 4e et 5e expressions, Le pus a complètement disparu, Le 8, frisson dans la matinée, 6e expression, quelques gouttes de pus. Le 9, 7e expression, liquide louche. Le 10, amélioration très notable. Pas d'expres. Le 11, guérison apparente. Le 12, la femme demande à quitter le service.	— 80	—	
1er janv.	36.9	36.9		— 180	—	
2 »	36.9	36.8		+ 80	—	
3 »	36.8	37		0	—	
4 »	36.8	37		+ 40	—	
5 »	36.7	36.8		0	—	
6 »	39.4	39.1 38.4 37.9 37.4		+ 40	Mixte	
7 »	37.6	37		0	—	
8 »	37	37.6		0	—	
9 »	37	37.6 37.1 37		+ 10	—	
10 »	36.9	36.9		+ 80	Maternel	
11 »	37	37		0	—	
12 »	36.8	37		+ 100	—	Bon état la sortie.

Année 1901 .

—

ertipare 25 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 10

Entrée le 11 janvier. — Accouchée le 11 janvier.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents héréditaires et personnels : Furonculose à 15 ans.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
11 janv.		36.8		2800 gr.	Maternel	
12 »	36.9	37		— 90	—	
13 »	37	37.1		— 40	—	
14 »	37	38.2 37.5	Le 14 matin, frisson et légère céphalée. Douleur localisée dans le sein droit. Expression, liquide louche, quinine.	+ 10	Mixte	
15 »	37.5	37.5		+ 120	Maternel	
16 »	37 37.9	38.7 37.5	Le soir, deuxième expression, pansements au sublimé, amélioration très notable.	+ 70	Mixte	
17 »	37.1	37.2	Le 16 matin, nouveau frisson, douleur et induration au même sein, pouls 110, peau chaude, expression (pus), quinine. 2 autres expressions consécutives.	+ 10	Maternel	
18 »	37	36.9		+ 30	—	
19 »	36.8	36.9		+ 60	—	
20 »	36.9	37		+ 80	—	
21 »	36.8	36.8	Le 17, dernière expression. On remet l'enfant au sein ; guérison définitive.	+ 70	—	
22 »	36.8			+ 10	—	Sort en très bon état.

L'observation suivante concerne un cas de galactophorite associée à la lymphangite.

Quels que soient les faits observés dans chacune de ces affections isolées, on comprend que ce genre de courbes pourra satisfaire tout le monde. Les deux maladies y mélangent leurs caractères propres, et il ne peut y avoir divergences d'opinions que sur l'interprétation des faits.

Année 1901

—

econdipare 24 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 51

Entrée le 20 février. — Accouchée le 28 mars.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Albuminurie de la grossesse.

Antécédents héréditaires et personnels : Scarlatine à 20 ans.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
28 Mars		37.4	Le 30 mars, gerçures profondes des 2 seins.	3280 gr.	Maternel	
29 »	37.1	36.9	Le 2 avril, frisson, nausées, céphalées, douleur vive au sein gauche.	— 80	—	
30 »	37.1	36.9		— 50	—	
31 »	37	37	Expression, liquide louche. Le 3, amélioration apparente. Dans la nuit du 3 au 4, mêmes symptômes généraux. Noyaux d'induration dans la mamelle.	+ 10	—	
1er Avril	37.3	37.4		0	—	Mammite
2 »	37.2	38.4		+ 20	Mixte	des 2 seins
3 »	37	37.5		— 20	—	—
4 »	39.6	39.4 38 2 38.4	Expression, grande quantité de pus, quinine 1 gr. dans les 24 heures. Régime lacté absolu. Le 6, frisson	+ 10	Artificiel	—
5 »	39.4	38.2 39.4	intense, nausées, vomissements, douleur localisée au sein droit. Le	0	—	—
6 »	40	39.4 38 37.9	sein gauche est indolore et guéri. Expression, pus très abondant. Dans l'après-midi, on	+ 10	—	—
7 »	37	38.2 38.9	voit sur ce sein les traînées rouges de la lymphangite superficielle. Pansements humides au sublimé toutes les heures. 2 expressions dans l'après-midi, pus et liquide louche.	0	—	—
8 »	37.7	36.5		0	—	—
9 »	37	36.6		0	—	Guérison
10 »	36.9	36.7	Le 7 matin, expression.	+ 50	Mixte	
11 »	36.7	36.9	pus ; l'après-midi et le	+ 70	Les	
12 »	36.8	36.9	soir, liquide louche, mais plus de pus. Le	0	2 seins	
13 »	36.8	36.9	9 matin, dernière expression, lait ; la guérison se maintient. Com-	0	fournissent	
14 »	36.9	37	pression très énergique.	— 20	peu	Etat à la sor-
15 »	37	37	8 jours après, guérison définitive.	+ 40	de lait.	tie bon.

Les observations suivantes concernent des cas où la galactophorite a dégénéré en abcès.

Elles reconnaissent pour cause occasionnelle une interruption du traitement de l'expression, ou l'association d'une lymphangite intense avec la galactophorite.

Année 1900

—

mipare 20 ans

—

onstitution bonne

———

OBSERVATION N° 41

Entrée le 1er février. — Accouchée le 6 mars.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance spontanée.
Vaginite granuleuse intense.

MÈRE				ENFANT		
OURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
6 mars		37		3400 gr.	Maternel	Ophtalmie primitive des deux yeux
7 »	37	36.8		— 80	—	
8 »	36.9	36.8	Le 9, lymphangite du sein droit, traitement ordinaire ; guérison apparente deux jours après.	— 100	—	
9 »	36.7	37.4		— 70	—	—
0 »	36.9	37.4		+ 50	Mixte	—
1 »	36.7	37		+ 70	—	—
2 »	36.7	37.2	Le 15, galactophorite du sein droit ; expression, pus.	+ 60	—	—
3 »	36.8	36.9		+ 50	—	—
4 »	36.8	36.8	Le 17, expression, pus et liquide louche.	+ 20	—	—
5 »	36.9	38.4		+ 50	—	—
6 »	38.2	38.5	Le 20, légère récidive de galactophorite.	+ 50	—	—
7 »	37	37.7	Le 21, *idem*.	0	—	Guérison.
8 »	37.2	37.3	Le 25, tension intense du sein droit, rougeur et douleur très vives ; œdème du sein, frisson céphalée, anorexie, apparaît un abcès sous aréolaire au sein droit qui, le 28, s'ouvre spontanément ; traitement ordinaire des abcès.	— 20	—	
9 »	37.2	37.3		— 30	—	
0 »	38.2	38.2		— 30	—	
1 »	37.4	38		+ 50	—	
2 »	37	37.2		+ 40	—	
3 »	36.9	37.3		+ 50	—	
4 »	37.2	37.3		0	—	
5 »	37.3	37.3		+ 40	—	
6 »	37	37.1	Le 30 mars, nouvel abcès qui s'ouvre le 2 avril.	0	—	
7 »	38-38.5	39-40	La femme sort, sur sa demande, le 6 avril. Il ne s'était plus formé de nouveaux abcès sous aréolaires, la femme était en bonne voie de guérison	— 50	—	
8 »	38.8	39.4		0	—	
9 »	38	38.8		0	—	
0 »	38-38.5	38.9		0	—	
1 »	38-38.2	38.3		— 20	—	
r avril	38.7	38.9		— 10	—	
2 »	38	38.6		+ 60	—	
3 »	37.8	38		+ 20	—	
4 »	37.5	37.7		— 50	—	
5 »	37	37.5		+ 50	—	Etat médiocre.
6 »	37.5	37.5-37		0	—	

Année 1900

—

Primipare 19 ans

Constitution bonne

OBSERVATION 72

Entrée le 16 avril. — Accouchée le 16 avril.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance spontanée.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
16 avril.		36.7	4 attaques d'éclampsie ayant apparu après la délivrance.	2200 gr.	Artificiel	Mis en c veuse du
17 »	36.6	36.5		— 100	—	au 18.
18 »	36.8	37		+ 10	—	
19 »	37	37		+ 90	—	Sclérèm des memb
20 »	36.8	36.8	Lymphangite superficielle des deux seins, rougeur et douleur assez légère. Pansements humides au sublimé.	— 50	—	inférieu
21 »	37.4	37.4		+ 30	—	—
22 »	37	37.3		0	—	—
23 »	37	37.3	Guérison de la lymphangite.	+ 20	—	—
24 »	36.8	37.3	Frisson très intense. Douleur localisée au sein droit. Céphalée, nausées, anorexie.	— 20	—	Guérison
25 »	36.8	37.2		— 30	—	—
26 »	36.8	36.9	Expression le 27 au soir.	+ 10	—	—
27 »	36.9	39.7	Expression le 28 au matin. La température tombe dans la journée à la normale. Le sein était œdématié. Expression le 28, à 3 heures du soir. Liquide louche, mais plus de pus. La femme se croit guérie et sort malgré les conseils qu'on lui donne. Quelques jours après, elle va dans un service de chirurgie pour y subir le traitement ordinaire des abcès du sein.	0	—	—
28 »	38.5 38.9 37	37 37		0	—	Etat gén passabl

Les observations suivantes concernent les lymphangites que nous avons le plus souvent observées.

Ascension lente et le plus souvent peu élevée de la température, chute en lysis, telle est leur caractéristique.

Année 1898

—

Secondipare 20 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 187

Entrée le 18 septembre. — Accouchée le 18 septembre
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : a été longtemps anémique.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE SOIR	TEMPÉRATURE MATIN	SYMPTÔMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
18 sept.				3480 gr.	Maternel	
19 »				— 120	—	
20 »				+ 90	—	Ophtaln purulent
21 »				+ 60	—	l'œil dro
22 »	38	38.1	Le 22, rougeur et douleur au sein	+ 20	Mixte	—
23 »	37.4	37.5	droit. Pansements	+ 50	Maternel	—
24 »	37	37.2	au sublimé.	— 20	—	—
25 »	37.2	37.2		+ 70	—	—
26 »	38.3	38.2	Le 26, rougeur et douleur au sein	+ 80	Mixte	—
27 »	37.4	37.2	gauche. Panse-	— 20	Maternel	—
28 »	36.8	36.9	ments au sublimé	+ 40	—	Guérisc
29 »	36.9	36.9		+ 30	—	
30 »	36.8	36.9		— 50	—	
1er octob.			Guérison.	— 60	—	
2 »				+ 20	—	
3 »				+ 10	—	
4 »				+ 30	—	
5 »			La femme sort guérie.	+ 10	—	Sort en état.

Année 1899

—

rimipare 21 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 27

Entrée le 20 janvier. — Accouchée le 10 février.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
10 févr.		37		2880 gr.	Maternel	
11 »	37	36.8		— 80	—	
12 »	36.8	36.8		— 50	—	
13 »	36.9	36.9		0	—	
14 »	36.8	36.6	Gerçures au sein droit. Alcool et glycérine, sublimé, iodoforme.	+ 100	—	
15 »	36.7	37.8		0	Artificiel.	
16 »	36.8	37.6	Rougeur et légère douleur au sein ; pansement humide au sublimé.	+ 50	—	
17 »	37.2	37.5		0	Maternel.	
18 »	37.2	37.3	Amélioration.	+ 30	—	
19 »	37.7	36.7	Légère rechute, traitement ordinaire.	+ 10	—	
20 »	36.8	36.7	Guérison.	— 20	—	
21 »	36.6	36.7		+ 20	—	
22 »	36.6		La femme sort guérie.	0	—	Sort en état passable.

Année 1900

OBSERVATION N° 50

Primipare 22 ans

Constitution bonne

Entrée le 14 février. — Accouchée le 20 mars.

Présentation et position : OIDA.

Mode de terminaison de l'accouchement : forceps dan l'excav. en OIDA.

Délivrance naturelle.

Accidents de l'accouchement: déchirure du périnée 1 degr

Antécédents héréditaires et personnels : Nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
20 mars.		37	Mamelons ombiliqués. On se sert du bout de sein de Bailly et de la téterelle de Budin.	3320 gr.	Nourri par sa mère et par une femme du service.	Rien de particulier à signaler, si ce n'est que l'enfan n'a pas repris son poids de naissance.
21 »	37	36.7		— 140		
22 »	36.5	36.7		— 130		
23 »	36.6	37.1		+ 10		
24 »	36.7	36.8		+ 10		
25 »	36.7	36.7	L'enfant prend le sein directement.	0		
26 »	36.7	36.8		— 70		
27 »	36.6	36.8		— 30		
28 »	36.8	36.9	Sein droit, rougeur et légère douleur. Pansements humides au sublimé et compression. (Suppression de l'allaitement.)	— 50		
29 »	36.9	37.4		— 30		
30 »	37	37		+ 10		
31 »	37	37.1		+ 100		
1er avril	36.9	36.9	Guérison. Reprise de l'allaitement.	0		
2 »	36.7	36.7		+ 80		
3 »	36.6	36.7		+ 70		Etat à la sortie médiocre.
4 »	36.8		La femme sort guérie.	— 50		

Année 1900

OBSERVATION N° 64

rimipare 22 ans

Constitution bonne

Entrée le 14 février. — Accouchée le 8 avril.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Albuminurie de la grossesse.

Antécédents : Scarlatine à 18 ans.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
8 avril.		37		3020 gr.	Maternel	
9 »	36.9	36.9		100	—	
10 »	36.7	36.8		0	—	
11 »	36.7	36.8		+ 70	—	
12 »	36.9	36.9		+ 100	—	
13 »	36.8	37		+ 140	—	
14 »	37.1	37.5	Le 14 au matin, le sein devient douloureux; on voit les traînées rouges de la lymphangite.	— 50	Mixte	
15 »	37	37		— 30	—	
16 »	38	37.2		+ 50	—	
17 »	37.3	37.4	Pansements humides au sublimé le 14, 15, 16.	0	Maternel	
18 »	36.9	36.9		+ 80	—	
19 »	36.9	36.6	Le 17, le sein est devenu indolore et ne présente plus les traînées de lymphangite. Guérison.	+ 20	—	
20 »	36.9	36.9		+ 30	—	
21 »	36.9	36	La femme sort guérie.	+ 10	—	Sort en bon état.

Année 1899

—

Secondipare 20 ans

Constitution bonne

OBSERVATION 90

Entrée le 15 avril. — Accouchée le 17 avril.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
17 Avril		37		3130 gr.	Maternel	
18 »	36.6	36.7		— 80	—	
19 »	36.6	36.6	Gerçures aux seins	— 70	—	
20 »	36.8	37.1	Le 20, lymphangite superficielle au sein droit. Traitement ordinaire. Le 21 amélioration très sensible.	0	Mixte	
21 »	36.6	37.2		+ 50	—	
22 »	37	37		+ 20	—	
23 »	37	37.1		+ 20	—	
24 »	37.1	36.5	Le 24, guérison complète.	+ 40	Maternel	
25 »	36.5	36.6		+ 70	—	
26 »	36.8	36.7		0	—	
27 »	36.7	36.8		0	—	
28 »	36.7	36.6		+ 10	—	
29 »	36.8	36.9		+ 30	—	
30 »	36.7		La femme sort guérie.	+ 50	—	Enfant s en bon é

Année 1898

—

imipare 29 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 99

Entrée le 18 septembre. — Accouchée le 18 septembre.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : Nuls

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
8 mai		36.7		2770 gr.	La mère voulant se placer comme nourrice donne le sein à des enfants du service sauf le 13. Les enfants qu'elle nourrit s'élèvent bien.	Enfant mort 48 h. après sa naissance.
9 »	36.7	36.7		— 50		
10 »	36.5	36.5	Gerçures au sein droit.	décédé		
11 »	36.7	37				
12 »	36.5	36.4				
13 »	36.9	37.9	Le 13, rougeur, chaleur et vive douleur au sein droit. Pansements antiseptiques.			
14 »	37	37				
15 »	36.9	36.9				
16 »	37.2	37.2	Le 14, immense amélioration.			
17 »	36.9	37.3	Le 16, la guérison est définitive.			
18 »	37.2	37.2				
19 »	37.1	37.1				
20 »	36.7	36.8				
21 »	36.8	36.8				
22 »	36.9	36.8	Femme sort guérie			

Année 1899

—

Primipare 27 ans

—

Constitution bonne

OBSERVATION N° 100

Entrée le 20 mars. — Accouchée le 8 mai.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
8 mai		36.9		3530 gr.	Maternel	
9 »	36.7	36.7		— 50	—	
10 »	36.7	36.8		— 100	—	
11 »	36.5	36.8		— 60	—	
12 »	36.6	36.5	Gerçures aux deux seins.	+ 30	—	
13 »	36.7	36.7		+ 70	—	
14 »	36.6	36.5		+ 100	—	
15 »	36.5	36.4		+ 50	—	
16 »	36.7	36.4		+ 50	—	
17 »	36.8	37.7	Le 17, rougeur et douleur au sein gauche. Etat général excellent Pansements antiseptiques. Guérison le 18.	+ 30	—	
18 »	37	37.1		0	Mixte	
19 »	36.9	36.9		+ 60	Maternel	
20 »	36.7	36.8		+ 40	—	
21 »	36.5	36.8		— 50	—	Enfant
22 »	36.7		Femme sortie guérie.	+ 10	—	en excel état.

Année 1899

—

ıipare 20 ans

ıstitution bonne

OBSERVATION N° 105

Entrée le 18 avril. — Accouchée le 19 avril.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents : nuls.

MÈRE				ENFANT		
URS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
avril		37		2390 gr.	Maternel	
»	37	37		- 130	—	
»	36.5	36.7		+ 50	—	
»	36.7	36.8		+ 40	—	
»	36.6	36.6		+ 120	—	
»	37.2	36.9		+ 50	—	
»	37.7	37.1	Rougeur et chaleur du sein droit. Douleur très supportable. Pansements humides au sublimé. Guérison très rapide.	+ 100	Mixte	
»	36.8	36.8		+ 20	Maternel	
»	36.8	36.6		+ 100	—	
»	36.6	36.6		+ 20	—	
»	36.8	36.5		+ 20	—	
»	36.7	36.9		+ 50	—	
mai	36.5	36.5		+ 20	—	
»	36.6		La femme sort guérie.	+ 30	—	Sorti en excellent état.

Année 1899

OBSERVATION N° 109

Primipare 17 ans

Constitution bonne

Entrée le 23 mai. – Accouchée le 23 mai.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Albuminurie du travail.

Antécédents héréditaires et personnels : Rougeole à 15 ans.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
23 mai	36	36.6			Maternel	
24 »	36.6	36.7			—	
25 »	36.5	37.5			—	
26 »	36.9	36.9	Le 26, rougeur, douleur légère au sein, exaspérée par la palpation. Pansements au sublimé. Très rapide amélioration des symptômes. Guérison complète le 28.		Mixte	
27 »	37	37			Maternel	
28 »	36.7	36.9			—	
29 »	36.6	36.9			—	
30 »	36.7	36.7			—	
31 »	36.6	36.5			—	
1 juin	36.6	36.5			—	
2 »	36.6	36.8			—	
3 »	36.6	36.7			—	
4 »	36.6	36.7			—	
5 »	36.6		La femme sort guérie.		—	
						Etat exc lent à la tie.

Année 1899

OBSERVATION N° 129

imipare 22 ans

onstitution bonne

Entrée le 22 juin. — Accouchée le 24 juillet.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
24 juillet		37.1				Enfant mort-né.
25 »	37	37			Sauf les 27 et 28 la femme a allaité sans aucun inconvénient pour eux les enfants du service.	
26 »	36.7	37.1				
27 »	37.5	37.8	Le 27, légère douleur au sein gauche. On voit les traînées rouges de la lymphangite.			
28 »	37	37.6				
29 »	36.8	36.8				
30 »	36.8	37	Pansements au sublimé les 27-28. Le 29, la femme recommence à donner le sein et la guérison est définitive.			
1 août	36.9	37.1				
2 »	36.9	37				
3 »	36.8	36.9				
4 »	36.7	36.9	Femme sortie guérie.			

Année 1900

—

Primipare 20 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 175

Entrée le 10 octobre. — Accouchée le 21 octobre.
Présentation et position : OIDP.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents héréditaires et personnels : Nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQU
21 octob.		37.3		3200 gr.	Maternel	
22 »	37	37.3		— 120	—	
23 »	37	36.7		— 80	—	
24 »	36.9	36.9	Gerçures du mamelon droit.	+ 50	—	Conjoncti té double
25 »	36.9	37.7	Le 25, légère douleur et rougeur du	+ 10	Mixte	coryza.
26 »	37.1	36.8	sein droit. Pas de symptomes généraux Suppression de l'allaitement pendant 24 heures. Pansement au sublimé. Guérison définitive le 27.	+ 110	Maternel	
27 »	37.4	36 9		0	—	
28 »	36.8	36.8		+ 50	—	
29 »	36.8	36.9		0	—	
30 »	36.9	36.9		0	—	
31 »	37	37		+ 70	—	
1er Mai	37.8	37.8	Le 1er novembre, douleur légère au	+ 50	Mixte	
2 »	37.2	37	sein gauche, rougeur et chaleur de la peau. Même traitement. La femme sort complètement guérie.	+ 20	Maternel	
3 »	36.8	37		0	—	Bon état

Année 1900

—

mipare 19 ans

—

onstitution bonne

OBSERVATION N° 45

Entrée le 1er mars. — Accouchée le 10 mars.
Présentation et position : OIGT.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Accouchement prématuré provoqué.

Antécédents héréditaires et personnels : Nuls.

MÈRE				ENFANT		
OURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
0 mars		37.2		2430 gr.	Maternel	
1 »	37	37		— 50	—	
2 »	36.7	36.9		— 40	—	
3 »	36.9	36.9		— 90	—	
4 »	36.9	37	Gerçures des deux mamelons.	— 10	—	
5 »	36.9	37.1	Légère suppuration	— 50	—	
6 »	36.8	37.9	d'une gerçure. On redouble d'anti-	+ 30	Mixte	
7 »	37	37.1	sepsie, malgré cela	+ 50	Maternel	
8 »	36.8	36.9	le 16, apparaît sur	+ 20	—	Mais en protégeant le mamelon avec le bout de sein de Bailly à cause de la douleur que les tétées de l'enfant réveillent dans les gerçures.
9 »	36.8	36.9	le sein gauche de la rougeur. Le sein	+ 30	—	
0 »	37.1	37.1	est douloureux.	+ 20	—	
1 »	36.8	36.8	Pansements humides au sublimé.	+ 50	—	
2 »	36.9	36.9	Guérison rapide.	0	—	
3 »	36.8	37		+ 80	—	
4 »	36.5	36.8		0	—	
5 »	36.6	36.7		— 50	—	
6 »	36.7	36.9		+ 60	—	
7 »	36.7	36.9		+ 10	—	
8 »	36.7	37		+ 10	—	

Les observations suivantes concernent les cas de lymphangites que nous avons observés exceptionnellement

Ascension brusque de la température, chute qui ressemble à s'y méprendre à la défervescence brusque qui succède à l'expression dans les cas de galactophorite, telle est leur caractéristique.

Année 1899

—

imipare 21 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 240

Entrée le 9 décembre. — Accouchée le 9 décembre.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

MERE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
9 décem.		36.9		3380 gr.	Maternel	
10 »	37.1	36.9		+ 60	—	
11 »	36.9	37.3		+ 40	—	
12 »	36.8	37.1		+ 100	—	
13 »	36.3	36.9		+ 30	—	
14 »	36.9	37.3		+ 40	—	
15 »	37	37.4		+ 20	—	
16 »	39.3	38	Le 16, douleur vive au sein droit. Rougeur de la peau du sein. Etat général bon. Pansements au sublimé.	— 20	Mixte	
17 »	37.9	37		+ 10	Maternel	
18 »	37.2	36.6		+ 60	—	
19 »	37	38		— 30	—	
20 »	37.1	37.1	Le 18, la guérison est complète. (Lymphangite superficielle.)	— 10	—	
21 »	36.8	36.3		— 20	—	
22 »	36.2	36.4		— 20	—	
23 »	36.2	37.2		— 10	—	
24 »	36.6	36.7		+ 20	—	
25 »	36.3	36.7		— 40	—	Enfant sorti en excellent état.
26 »	36.3			— 50	—	

Année 1900

OBSERVATION N° 64

Primipare 22 ans

Constitution bonne

Entrée le 14 février. — Accouchée le 8 avril.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Albuminurie de la grossesse.

Antécédents héréditaires et personnels : Gale.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
8 Avril		37.2		3020 gr.	Maternel	
9 »	36.9	36.9		— 100	—	
10 »	36.7	36.8		0	—	
11 »	36.7	36.8		+ 70	—	
12 »	36.9	36.9		+ 100	—	
13 »	36.8	37		+ 140	—	
14 »	37.1	37.5		+ 50	—	
15 »	36.9	36.9	Rougeur au sein, douleur minime,	— 30	—	
16 »	38	38	état général bon.	+ 50	Mixte	
17 »	37.2	37.3	Pansements au sublimé.	0	—	
18 »	37.4	36.9	Amélioration.	+ 80	—	
19 »	36.7	36.9	Guérison complète.	+ 20	—	
20 »	36.9	36.9		+ 20	—	
21 »	36.8		Sort complètement guérie.	+ 30	—	Sort en e cellent éta

L'observation suivante concerne un cas de lymphangite profonde. On peut voir combien elle cadre avec la description qu'en fait M. le professeur Budin.

Année 1901

OBSERVATION N° 35

Primipare 25 ans

Constitution bonne

Entrée le 17 janvier. — Accouchée le 24 février.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Hémorrhagie de la grossesse.

Antécédents : nuls.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
24 février		37.7	Le 27, gerçure profonde et demi-circulaire à la base du mamelon gauche qui rend l'allaitement très douloureux. La femme pousse des cris de douleur. Iodoforme. Bout de sein de Bailly. Le 2 mars, léger frisson, douleur vive au sein gauche. Tension intense du sein. Céphalée violente. Expression qui ne donne que du lait. 0 gr. 50 de quinine. Le 3, nouveau frisson. Expression, quinine 0 gr. 50. L'expression n'a donné que du lait. Le 4, 3e expression qui ne donne que du lait. La palpation profonde dans l'après-midi, permet, le 5 au matin, de sentir des cordons douloureux qui convergent vers l'aisselle, dont certains ganglions sont enflammés et douloureux. On fait le traitement ordinaire des lymphangites profondes. Guérison le 9. Le sein n'est plus douloureux. On ne trouve plus de lymphatiques engorgés. On remet l'enfant au sein et la femme sort le 11, complètement guérie.	3840 gr.	Maternel	
25 »	37.1	36.9		— 240	—	Ictère léger
26 »	37	37.1		+ 70	—	—
27 »	37	37		— 20	—	—
28 »	36.9	36.9		+ 10	—	—
1er mars	36.9	36.9		+ 10	—	Guérison
2 »	36.9 37.4	38.9 37.9		+ 30	Mixte	
3 »	38 39.1	39.2 38.2		+ 10	—	
4 »	38	38.1		— 10	—	
5 »	38.2	38.4 38		0	—	
6 »	37.6 38.2	37.2 38.2		— 30	—	
7 »	37.6 37.8	39.5 38.6		+ 30	—	
8 »	38 37.2	37.4		— 70	—	
9 »	37.2	37.2		+ 40	Maternel	
10 »	37.1	37.1		— 10	—	Etat de l'enfant à sortie : bon
11 »	37	37		+ 40	—	

Les observations suivantes concernent des cas ou l'élévation brusque de la température peut faire croire à une galoctophorite qui a tourné court.

L'enfant a continué de tetter sa mère et paraît l'avoir guérie en en retirant un certain dommage.

Année 1901

—

Secondipare 29 ans

Constitution bonne

OBSERVATION N° 48

Entrée le 22 mars. — Accouchée le 23 mars.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
23 mars		38		3140 gr.	Maternel	
24 »	37.4	37.4		— 140	—	
25 »	37	37.3		— 70	—	
26 »	37.38.9	37.7 37	Le 26, frisson, céphalée légère. Montée de lait très intense, seins tendus mais peu douloureux. On fait une expression qui ne ramène que du lait. On continue à donner le sein, et les symptômes s'amendent peu à peu.	0	—	
27 »	37.2	38		+ 50	—	
28 »	36.9	37.4		+ 70	—	
29 »	37	37		0	—	
30 »	37	37.1		+ 80	—	
31 »	36.9	37		+ 40	—	
1er avril	37	36.9		— 50	—	
2 »	36.9	37		+ 30	—	
3 »	36.8	36.9		+ 70	—	
4 »	36.8		La femme sort en parfaite santé.	+ 10	—	L'enfant v très bien.

Année 1901

—

condipare 30 ans

Constitution bonne

OBSERVATION 64

Entrée le 12 avril. — Accouchée le 12 avril.
Présentation et position : OIGA.
Mode de terminaison de l'accouchement : spontané.
Délivrance naturelle.
Hémorrhagie secondaire.

Antécédents : Goitre.

MÈRE				ENFANT		
JOURS	TEMPÉRATURE MATIN	TEMPÉRATURE SOIR	SYMPTOMES ET TRAITEMENT	POIDS	MODE D'ALLAITEMENT	REMARQUES
2 Avril		37.4	Montée de lait très intense le 16. Tension des deux seins et légère douleur. Pas de rougeur. Pas de noyaux d'induration. Céphalée légère ; frisson très léger.	2470 gr.	Maternel	
3 »	36.8	36.9		— 90	—	
4 »	36.8	37		— 50	—	
5 »	37	37.1		— 30	—	
6 »	37.1 37.8	38.4 38		+ 50	—	
7 »	38.8 37.8	37.1	1 expression le 16, ni pus, ni liquide louche. On continue l'allaitement. Quinine 0,50. 2e expression le 17. Pas de pus. On laisse l'enfant au sein. Les symptômes s'amendent rapidement.	+ 40	—	
8 »	37.2	37.5		+ 10	—	
9 »	37.4	37.2		— 20	—	
10 »	37	37		+ 10	—	
11 »	36.9	36.9		+ 30	—	Etat médiocre.

CONCLUSIONS

Des faits que nous relatons, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. — Dans certains cas on peut prévoir l'infection mammaire, et par conséquent s'efforcer de la prévenir. — Cette infection se produisant par les canaux galactophores, les gerçures et les crevasses; la préparation du mamelon à l'allaitement, la prophylaxie de ces plaies, soit par l'antisepsie ou tout autre moyen approprié, sont nettement indiquées pour l'éviter.

II. — Difficiles à différencier au début, les affections inflammatoires de la mamelle sont faciles à distinguer durant la période d'état, même dans les cas les plus complexes.

III. — Le massage et l'expression mammaire préconisés par le professeur Budin, sont le meilleur mode de traitement de la galactophorite au début, et même pendant la période d'état, si elle n'est pas trop avancée.

Etant donné la facilité et l'inocuité de ce traite-

ment, on peut toujours commencer par lui, même si on avait peu d'espoir de réussir.

IV. — Les lymphangites superficielles et profondes doivent être soignées par un pansement humide antiseptique et la compression. — Dès que l'on est convaincu de l'inefficacité de l'expression, en présence d'une collection purulente, il faut avoir recours au bistouri.

V. — La continuation de l'allaitement maternel, est en principe formellement contre-indiquée, tous les auteurs sont d'accord ; cliniquement, ils diffèrent au sujet de la date de reprise de l'allaitement. A la clinique de Toulouse, les accouchées redonnent à têter plus tôt que partout ailleurs ; les enfants sont mis au sein de la mère quand macroscopiquement le lait ne présente ni liquide louche, ni gouttes de pus. Cette ligne de conduite, bonne pour la mère, ne paraît pas être nuisible à l'enfant.

Dans les cas d'abcès justiciables du bistouri, il faut renoncer à l'allaitement maternel.

Vu : *Le Président de la thèse,*

Toulouse, le 26 avril 1901.

Dr CROUZAT

Vu : *Le Doyen,*

CAUBET

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 27 avril 1901.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

PERROUD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons adopté l'ordre alphabétique qui est le plus commode pour le classement.

En tête cependant de tous, nous citerons deux ouvrages parus à peu de distance l'un de l'autre, et auxquels nous renvoyons ceux qui désirent connaître les noms des auteurs qui ont écrit sur les infections mammaires, et sur leurs conséquences au point de vue de l'allaitement.

Le premier est cité à chaque pas dans notre travail.

1. Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements. Paris, G. Steinheil, 1901.

Le deuxième est un guide des plus précieux pour les chercheurs.

2. D. H. de Rothschild. — *Bibliographia lactaria*. Paris, O. Doin, 1901.

3. Arbel — Contribution à l'étude de la galactophorite. Thèse de Paris, 1890.

4. Babeau (J.). — Troubles gastro-intestinaux, provoqués chez un enfant par la modification de la composition du lait de la nourrice. N. Montpellier, méd., VI, 1897, 489-492; J. de clin. et thérap, inf., V, Paris, 1897, 679.

5. Barbier Michel. — Thèse de Paris, 1867.
6. Baldinger (E. G.). — (Pr.) *prœmittuntur observationes de morbis et metastasi lactis in puerperis.* 1772, (Diss).
7. Barella. — Le nourrisson, la nourrice, l'enfant et la nourrice, Bull. Acad., Roy. de Méd. de Belgique, 4e S... XII. Bruxelles, 1898.
8. Barthés. — Des causes de la mortalité des enfants, dans leur première année d'existence, et des moyens d'y remédier (mémoire), Bull. Acad. de Med., 3e S., XI. Paris, 1898, 481-482.
9. Boissard. — Journ. des Praticiens, 8 juillet, 1899.
10. Bouchacourt. — Maladies des mamelles dans leur rapport avec la lactation et l'allaitement. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales Paris, 1871.
11. Billroth. — Handbuch der Frauenkrankheiten, red. von Billroth und Luecke. Stuttgart, 1886.
12. Bréal (A). — Contribution à l'étude de la galactophorite. Paris, 1899, Jouve et Boyer, 106, p. 8° (thèse).
13. Bezançon et Labbé. — Soc. de biol. Janvier 1900.
14. Bennezon. — Etude sur l'étiologie et la pathogénie des abcès de la région mammaire, th. de Paris, 1884, n° 188.
15. Bonamy. — Thèse de Paris, 1899.
16. Bonnaire et Kaim. — *Presse médicale,* 1900, 19 août.
17. Boucher. — Notice sur deux moyens de préserver ou de guérir le sein des jeunes nourrices, des crevasses ou gerçures, qui sont les suites de l'allaitement J. gén. de méd., chir. et de pharm., XXVII. Paris, 1808, 141-148.
18. Boulin (M.-H.). — De l'allaitement régulier; quelques résultats obtenus par la méthode des pesées chez les enfants régulièrement nourris. Bordeaux 1891, 69, p. 8° (thèse).
19. Bourgeois (M.-P.-H.). — Dissertation sur la fièvre de lait et les engorgements ou dépôts laiteux. Paris, an XII (1804), 8°, (thèse).
20. Bréal. — Contribution à l'étude de la galactophorite. Thèse de Paris, 1890.
21. Brindeau. — Obstétrique, n° 1, 1900.
22. Brindeau. — De la galactophorite, Gaz. de gynèc., XI. Paris, 1896, 241-251.
23. Brindeau et Chavane. — Soc. d'Obst. de Paris. Mai, 1899.
24. Brouha. — Obstétrique, n° 1, 1900.

25. Budin (P.). — De l'allaitement des enfants, progrès réalisés, Rev. philantrop... Paris, 1897, J. de clin. et thérap. inf., V. Paris, 1897, 413-415.

26. Budin (P.). — Femmes en couches et nouveaux-nés. Paris, 1897, XIX, 616 p.; 8° (146, fig. et pl.).

27. Budin. — Cliniques inédites, 1900.

28. Budin. — De la galactophoromastite, leçon faite à la clinique d'accouchements, 1888. Communication à l'Académie de médecine, 1889.

29. Bué (V.). — Maladies infectieuses et allaitement. Nord méd., III. Lille, 1897.

30. Budin et Crouzat. — La pratique des accouchements, à l'usage des sage-femmes, IIe édition, 1898. O. Doin.

31. Bumm. — Zur ætiologie der puerperalem Mastitis, archiv., für Gynækol. Band, XXIV, heft, 2, 1884.

32. Bumm. — Ueber die entzündungen der weiblichen Brustdrüse. Samml. Klin. vort., n° 282, 1887.

33. Bumm. — Samml. Klin. vortz., n° 282, 1887.

34. Calderini (G.). — Malattie delle mammelle e del bambino in relazione coll allatamento. Lucina, II, Bologna, 1897, 81, 97.

35. Caradec (T.). — Remarques sur un cas de contagion de la syphilis congénitale de l'enfant à la nourrice. Bull. gén. de thérap., XLI. Paris, 1851.

36. Carrière. — Écho méd. du Nord, 19 nov. 1899.

37. Castaigne (J.). — Transmission de la substance agglutinante typhique par l'allaitement. Compt. rend. Soc. de biol., 10e s., IV. Paris, 1897.

38. Catalioti. — Galactophorite, abcès intéro-mammaire canaliculaire de Cassaignac. Thèse de Paris, 1889.

39. Chassaignac. — Mémoire sur le traitement chirurgical des abcès du sein. Gazette médicale de Paris, 1855.

40. Chassaignac. — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical. Paris, 1859.

41. Cohn. — Zur ætiologie der puerperalen Mastitis Zeitschrift für Geburtshutfe und Gynækel Band XI, Heft, 2, 1885.

42. Cotrel (René de). — Des affections du sein pendant la période puerpérale. Union médicale du Canada, 1898, février.

43. Dagron. — Presse méd., n° 53, p. 4, 1900.

44. Damourette. — Affections des nourrissons consécutives à la galactophorite de la nourrice. Thèse de Paris, 1897.

45. Delbet (Pierre). — Traité de chirurgie. Duplay et Reclus.

46. Démelin et Gadaud. — Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 1900.

47. Degoix. — Catéchisme maternel, avec une préface de M. le docteur Monin. Paris, 1894.

48. Depaul. — État du service ; hémorrhagie après accouchement; frisson par suite de crevasses au sein ; matières fécales noires de l'enfant causées par les crevasses au sein de la nourrice. J. d. sages-femmes, VI, Paris, 1878, 97.

49. Dolléris. — Sem. méd., p. 289, 1899.

50. Donné. — Du lait et en particulier de celui des nourrices. Mémoire, Paris, 1837.

51. Donné. — Cours de microscopie, etc. Anatomie microscopique des fluides de l'économie. Paris, 1844, p. 431.

52. Dubrisay (L.). — Alimentation du nouveau-né débile. Ann. Soc. obst. de France, Paris, 1899, 369.

53. Escherich. — Bactériologische untersuchungen über Frauenmilch. Fortschritte der medicin, n° 8, 1885.

54. Eustache. — Congrès de Marsellle, octobre 1898.

55 Firmin. — Urticaire provoquée chez un enfant par le lait de sa nourrice. Bull. gén. de thérap., LXXXVI, Paris, 1874, 465.

56. Fischer (L.). — Did mastitis diphtheritica in an infant cause mastitis diphtheritica while nursing by infection. Arch. pediat. XI nov vosk, 1894, 18-20.

57. Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe, t. V. Paris, 1878.

58. Foucaud (H.-R.). — De l'allaitement. Bordeaux, 1896, 67, p. 8° (thèse).

59. Gampo. — La pediatria, 1899, août.

60. Gaulard. — Affection puerpérale chez la mère et l'enfant, transmission probable par le lait, ligature tardive, guérison. Bull. méd. du Nord, XXII, Lille, 1883.

61. Gass (F.-A.). — Des lésions de la lactation. Strasbourg, 1832, 8° (thèse).

62. Gheorchiu .— Galactophorite double généralisée. Obstétrique, III. Paris, 1898.

63. Gheorchiu. — Thèse de Paris, 1900.

64. Gosselin. — Clinique chirurgicale de la Charité, 1879, t. II, p. 278.

65. Grandin. — Americ. jour. of. obst , p. 453, 1900.

66. Grandmaison (de). — Méd. mod., 13 déc. 1899.

67. Hery (L.). — Sur l'allaitement des nouveaux-nés. Le Mans, 1897, E. Lebrault et fils, 72, p. 8°. Thèse de Paris.

68. Hurtrel d'Arboval. — Diction. de Médecine, de chir., et d'hygiène vétérinaire, éd. refondue, par A. Zundei.

66. Ingelrans. — Echo méd. du Nord, p. 558, 1899.

70. Jouannic. — Thèse de Paris, 1896.

71. Keherer. — In thése de Deiss. Heidelberg, 1889.

72. Kœstlin. — Archiv. für Gyn., 1899.

73. Kœhler. — Zur statistik der mastitis puerperalis, thése de Bâle, 1882.

74. Kuschelewsky. — Ueber die acute entzündung der Brustdrüse, Jahresbericht, 1867, II, Band.

75. Kustner-Otto. — Archiv., für Gyn, 1884.

76. Kustner. — Giebt es eine puerperale mastitis infolge von Milchstauung. Arch, f. gynæk, XXII,Heft, II, p. 291, 1884.

77. Labbé et Coyne. — Traité des tumeurs bénignes du sein. Paris, 1876.

78. Lagneau. — Observation qui démontre la possibilité de rappeler la sécrétion du lait plus d'un mois et demi après l'accouchement, et qu'elle peut encore être assez abondante pour faire avec succès l'allaitement. J. de méd. chir. phar., XXXI. Paris, 1814, 163-169.

79. Lannelongue. — Mamelles, dict. de méd. et de chir. pratiques. Paris, 1875.

80. Lecacheur. — Thèse de Paris, 1899.

81. Legris. — Ophtalmie et abcès du sein, Progrés médical, 1887, p. 153.

82. Lehallais. — Etiologie et traitement des abcès parenchymateux du sein, chez les nouvelles accouchées. Th. de Paris, 1878, n° 281.

83. Lepage. — Du pansement antiseptique du mamelon, au début de l'allaitement, Rev. d'hyg., XVI. Paris, 1894, 137-147.

84. Levret. — L'art des accouchements. Paris, 1766.

85. Lochlein. — Zeitschrift für gebürsthülfe ; und gyn, 1879, t, IV, p. 258, 1883, t. XI, p. 440.
86. Longuet. — Sem. gyn., 8 août 1899.
87. Lust (E.). — Utilité des pesées régulières, pendant la période d'allaitement, Presse méd. belge. L. Bruxelles, 1898, 87.
88. Marfan (A.-B.). — Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge. Paris, 1899.
89. Macé (O.). — Ann. de la soc. obst. de France, p. 290, 1899.
90. Meritte (Emma). — Quelques recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein. Thèse de Paris, 1887, nº 135.
91. Mesnard. — Guide des accoucheurs. Paris, 1753, p. 354.
92. Monnier. — Essai sur la pathogénie des abcès du sein post-puerpéraux. Thèse de Paris, 1891.
93. Montain (G.-A.-C.). — Du lait considéré comme cause des maladies des femmes en couches. Paris, 1808, 8º.
94. Murat. — Poil. dict. des sciences médicales. Paris, 1820.
95. Michel (Ch.). — Recherches sur la nutrition normale du nouveau-né, échanges nutritifs, azotés et salins. Obstétrique, 1, Paris, 1896, 140-150.
96. Nélaton. — Pathologie chirurgicale, t. I, V. Paris, 1857.
97. Nocard et Mollereau. — Sur une mammite contagieuse des vaches laitières. Annales de l'Institut Pasteur, 1887, t. I, p. 109.
98. Nocard. — Note sur la mammite gangréneuse des brebis laitières, Annales de l'Institut Pasteur, 1887, t. I, p. 417.
99. R. Neufeld (Mlle). — Contribution à l'étude clinique et bactériologique de la galactophorite. Thèse de Paris, 1901.
100. — Pelissot (F.). — Observations sur le lait répandu. Paris, 1807, 8º.
101. Petit (Antoine). — Traité des maladies des femmes enceintes, et publié par Baignères et Perrat. Paris, an VII.
102. Petit (J.-L.). — Œuvres complètes, éd. de 1837, p. 391.
103. Piante. — Etude sur la genèse et le traitement des abcès du sein. Th. de Lyon, 1885, nº 282.
104. Pinard (A.). — De la puériculture, Rev. scient., 4e, s., VIII. Paris, 1897, 135-140.
105. Planchon. — Observations sur la fièvre du lait, survenue a la suite d'un dépôt laiteux sur le bas-ventre, six semaines après

la couche. J. de méd. chir. pharm , XXI. Paris, 1764, 112-119.
106. Planchon. — Observation sur un épanchement de lait sur le bas-ventre accompagné de symptômes fâcheux, survenu le premier jour des couches. J. de méd., chir., pharm., XXIV, 1766.
107. Planchon. — Observation sur un dépôt laiteux accompagné d'une fièvre miliaire de même natare, survenu les premiers jours des couches. J. de méd., chir., pharm., Paris, 1771.
108. Platzer. — Archiv. für gyn., 1898.
109. Porak. — L'obstétrique, p. 92, 1899.
110. Pugliese (F.). — De l'allaitement par un lait vieux, considéré comme cause d'érythème chronique chez les enfants. Gaz. des hôp., XXXVI, Paris, 1865.
111. Rastouil. — Soc. d'obst. de Paris, nov. 1899.
112. Raulin. — Traité des maladies des femmes en couches. Paris, 1871, p, 275.
113. Reboul. — L'obstétrique, p. 92, 1899.
114. Rezzonico. — Delle malattie delle mamelle. Annali nniv. di med. Milano, 1867.
115. Richard. — Sur les fièvres laiteuses graves, improprement appelées fièvres puerpérales. Ann. clin., XXX, Montpellier, 1813.
116. Richard. — Pratique journ. de la chirurgie. Paris, 1868.
117. Rothschild (H. de). — Notes sur l'hygiène de la protection de l'enfance d'après des études faites à Berlin, Saint-Pétersbourg, Moscou, Vienne et Budapest. Paris, 1897, Masson et Cie, 176, p. 8° (avec pl.). Arch. de méd. des enf., 1, Paris, 1898, 63.
118. Rothschild (H. de). — Hygiène de l'allaitement (conférences). Paris, 1899, Masson et Cie, 38, p. 8°.
119. Rothschild (H. de). — Hygiène de l'allaitement : allaitement au sein, allaitement mixte, allaitement artificiel, sevrage. Paris, 1899, Masson et Cie, 198, p. 12.
120. Sappey. — Traité d'anatomie. Paris, 1868.
121. Solomjan-Birfeld (Mme). — Fréquence des fissures et de lymphangite du sein pendant l'allaitement. Thèse de Paris, 1900.
122. Thomson (J.). — Case of acute phthisis in an infant mursed ly a phthisical mother, tr. obst. soc., XIII. Edinburg, 1887-88.
123. Tripier. — Mamelles. Dict. encycl. des sciences médicales. Paris, 1871.
124. Tuffin. — Presse méd., 29 juillet 1899.

125. Valéry. — De la tranmission des accidents secondaires du nourrisson à la nourrice et de celle-ci à son nourrisson. Paris, 1856, 8° (thèse).
126. Varnier. — Obstétrique journalière, p. 328. Paris, 1900.
127. Velpeau. — Traité des maladies du sein. Paris, 1858.
128. Vinay. — Bull. méd., n° 30, 1899.
129. Winckel. — Die pathologie und thérapie des Wochenbettes. Berlin, 1869, 2e éd.
130. Wood. — Presse méd., 17 mars 1900.
131. Zilles (J.-P.). — Dissertations sur la nature de la fièvre de lait. Strasbourg, an VIII (1800), 8° (thèse).

Toulouse. — Imp. Vialelle et Perry, rue du May, 1